

CONSTRUINDO O FUTURO DO ENVELHECIMENTO

Documento produzido a partir do
VI Fórum Internacional da Longevidade
Rio de Janeiro, 22 e 23 de novembro de 2018

O envelhecimento populacional sem precedentes na história é uma realidade hoje, tanto no Brasil quanto no mundo. O Brasil hoje tem cerca de 30 milhões de idosos. Até 2050, esse número deve mais do que dobrar, devendo chegar a 67 milhões.¹ Nesse mesmo ano, espera-se que o grupo etário de 60+ represente 30% da população de 64 países – dentre os quais muitos da América Latina.²

“O futuro do Brasil é o envelhecimento.”

Karla Giacomini, Núcleo de Pesquisas em Saúde Pública e Envelhecimento (FIOCRUZ)

Impulsionado pelo aumento exponencial do número de idosos e pelo declínio progressivo do número de jovens, o Brasil vive a Revolução da Longevidade – uma transformação social radical que está ocorrendo em um lapso de tempo muito menor do que o anteriormente observado em países do hemisfério norte. Trata-se de uma dinâmica que melhor define o nosso tempo, e, no Brasil, ela acontece em um cenário extremamente complexo. Países desenvolvidos primeiro enriqueceram para depois envelhecer. No Brasil, esse fenômeno é mais acelerado e ocorre em um cenário de fracassos históricos no enfrentamento de inadequações estruturais relativas à saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte e emprego.

“A expectativa de vida ao nascer aumentou 30 anos desde 1950. Viver mais é uma grande conquista da humanidade, mas uma sobrevida maior não deve ser a única medida do sucesso.”

Alexandre Kalache, Presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR), e Co presidente da Aliança Global dos Centros Internacionais de Longevidade (ILC-GA)

As políticas públicas devem ir além simplesmente da longevidade. Elas devem reconhecer a grande heterogeneidade do envelhecimento e que uma vida longa é um prêmio ainda negado a muitos. Assim, além de focar a qualidade de vida dos anos a mais que foram acrescentados, elas devem considerar o contexto em que as pessoas envelhecem. Gênero, raça/cor da pele, nível educacional e condição social são determinantes essenciais na construção da longevidade. O envelhecimento é um processo relacional dinâmico. Um curso de vida marcado por necessidades não atendidas, limitações de acesso ou pura e simples exclusão sofre um efeito acumulativo dessas privações, que se amplifica na velhice.

“Eu sou um genoma (a “receita” de um ser vivo) mais a minha experiência de vida.”

Lygia Pereira, Professora Titular do Instituto de Biociências da USP

“Envelhecer não é um processo mágico.”

“Podemos envelhecer à medida que vivemos ou podemos viver à medida que envelhecemos.”

Marília Berzins, Presidente da organização não governamental OLHE

Adultos pobres na faixa etária dos 50 e 60 anos têm, consistentemente, menor capacidade funcional que adultos mais privilegiados 20 ou 30 anos mais velhos. O objetivo de se alcançar uma capacidade funcional ótima, tanto física quanto social, para todos, qualquer que seja a idade, é o que deve nortear as políticas públicas, não apenas para se obter os resultados morais desejados, mas também para coesão social, sustentabilidade de comunidades e dinamismo econômico nacional.

“As iniquidades criadas e mantidas pelo racismo, sexismo e idadismo, a omissão ou pouca efetividade de políticas de saúde e a falta de acesso a serviços tornam os idosos negros e pardos mais vulneráveis a doenças.”

Alexandre da Silva, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí

Diferentemente de narrativas persistentes sobre raças no Brasil, o racismo é disseminado e estrutural na sociedade brasileira. Mesmo quando fatores tais como gênero, renda, educação formal, estado civil e ocupação são levados em conta, pesquisas mostram que a raça/cor da pele continuam a ser um indicador significativo de desigualdade. Como resultado, os níveis de incapacidade funcional mostram-se piores para os idosos brasileiros negros e pardos; e quanto mais escura a cor da pele, piores os níveis.³ Uma vida comprometida na velhice é mais do que uma tragédia pessoal. É um desastre social com consequências reais para todos nós e marcada por uma trajetória de vida de acúmulo de desvantagens sociais.

“Não queremos ser esquecidas na velhice. Nosso lugar de pertencimento constitui um universo de sobreviventes e de viventes respirando aprendizados enquanto caminhamos. [...] Desviando olhos, recortando espíritos, vida e morte, ardilosas, desafiadoras, escolhemos nossas conquistas – sonhos não envelhecem.”

Lia Vieira, escritora

Como observa a renomada gerontóloga Linda Fried, as pessoas idosas são o maior recurso natural renovável do mundo. Países que cultivarem esse recurso irão prosperar. Os que não o fizerem, entrarão em declínio. Com sua experiência coletiva e suas aptidões, a população crescente de mulheres e homens idosos proporcionam um imenso potencial para o desenvolvimento humano em geral. Por exemplo, estudos internacionais demonstraram que mesmo um pequeno aumento da participação de idosos na força de trabalho se traduz em um enorme ganho macroeconômico nacional.⁴

“Precisamos olhar para a contribuição e participação que os idosos podem oferecer, e não apenas para o ônus social que eles possam representar.”

Anna Dixon, CEO do Centre for Ageing Better (Reino Unido)

Em sentido contrário, a não inclusão dos idosos nas estratégias de desenvolvimento levará a resultados altamente custosos e socialmente destrutivos, que prejudicarão o progresso em todas as outras frentes. Os custos, tanto humanos quanto financeiros, da falta de ações, ou de ações mal planejadas, são excessivos para seja qual for o país. Respostas simplistas, populistas, devem ser rejeitadas em favor de formulações mais abrangentes baseadas em evidências.

“Nós moldamos o envelhecimento com as políticas que implementamos. Políticas ruins criam trajetórias do envelhecimento que só boas políticas podem corrigir.”

Louise Plouffe, Presidente do Comitê Ottawa Amiga do Idoso do Conselho de Envelhecimento de Ottawa (Canadá)

A vida hoje é mais como uma maratona que uma corrida de 100 metros. Porém esta corrida muito mais longa não tem sua linha de chegada determinada e é percorrida em uma pista que se modifica incessantemente, onde há uma interrelação constante entre oportunidades e riscos.^I O futuro do envelhecimento dependerá do sucesso das intervenções que ajudem o maior número possível de pessoas a alcançar e manter suas funções – isto é, que abaxiem o limiar de dependência.^{II} Conforme evidenciado em alguns países ricos, uma capacidade funcional robusta e sustentada pode levar à compressão da morbidade, em que o derradeiro declínio, com consequentes incapacidades, ocorre em um curto período de tempo.⁵

“Políticas de estímulo à solidariedade social não são simplesmente altruísticas; podem também ser vistas como egoísmo inteligente. Ao beneficiar outros, eu também me benefico.”

Eberhart Portocarero-Gross, médico de família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

^I http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Resili%C3%A4ncia-ao-longo-do-curso-de-vida_V-F%C3%B3rum.pdf

^{II} http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf

Nós vivemos mais e muito do conhecimento que adquirimos no passado vai deixando de ser relevante. Em paralelo à Revolução da Longevidade, deve haver uma revolução na Educação que incorpore, estruturalmente, o aprendizado ao longo da vida. Em cada fase da vida, todas as pessoas devem obter as ferramentas necessárias, intelectuais e emocionais, para um presente que evolui rapidamente e um futuro incerto. Uma arquitetura de aprendizagem inclusiva para todas as idades, no século XXI, que seja adequada aos objetivos a que se propõe, deve ir além do aspecto simplesmente vocacional. Deve enfatizar conhecimentos sobre saúde, tecnologia e finanças. Deve valorizar a experiência, metacognição e intuição, bem como ampliar a resiliência, autorreflexão e empatia.

“Precisamos passar da tentativa de inovação de produtos e serviços para idosos para inovar sistemas de envelhecimento com uma abordagem holística.”

Stephen Johnston, cofundador da Aging 2.0

O acesso à informação ou conteúdo não é mais o principal agente das mudanças. Em 2017, já havia 198 milhões de *smartphones* no Brasil, para uma população de 207 milhões de pessoas.⁶ Brasileiros pobres podem não ter esgoto sanitário, mas dispõem das mesmas lentes para ver o mundo que pessoas de países desenvolvidos. Atualmente o acesso a informações é um problema menor do que saber o que fazer com elas. O maior impulsionador de transformações é, hoje, o discernimento e a aplicação de conhecimento.

Cada vez mais, nossas vidas longevas deverão enfrentar variáveis que se confundem e, por vezes, se repetem. Os limites entre as fronteiras do curso de vida tradicional, de três etapas (aprendizado, trabalho, aposentadoria) inevitavelmente ficarão cada vez mais nebulosos.¹¹¹ O treinamento continuado no trabalho, cursos compactos, tutoriais *online* e diplomas acumulados precisarão acompanhar as pessoas ao longo de toda a sua vida. A tendência de prolongar a vida laboral quase certamente continuará, mas um número maior de pessoas se aposentará de maneira mais gradual e individualizada.⁷ O compartilhamento de tarefas domésticas e familiares nos relacionamentos deverá ser cada vez mais negociado. Algumas pesquisas em países desenvolvidos preveem que haverá uma divisão mais igualitária entre homens e mulheres nas tarefas domésticas.⁸ As pessoas vão aprender, cuidar, trabalhar e ter lazer ao longo de suas vidas com muito menos atenção à idade cronológica e às expectativas

¹¹¹ Veja *The Longevity Revolution: Creating a Society for all Ages* de Alexandre Kalache, Governo da Austrália do Sul, pg. 13-25. <http://www.flinders.edu.au/sabs/fcas-files/Publications/The%20Longevity%20Revolution.pdf>

sociais. À medida que os limites das diferentes etapas da vida se tornam mais porosos e variáveis, haverá menos segregação dos grupos etários. Haverá um número maior de gerações, mas com menos pessoas representando cada uma delas, presentes e ativamente engajadas na sociedade. Números muito maiores de idosos e adultos mais jovens compartilharão, ao mesmo tempo, os mesmos espaços e experiências.

Não só as pessoas, mas também as instituições precisam se adaptar às mudanças culturais. E mais, as instituições precisam ser estratégicas. Muitos estudos indicam que o aprendizado ao longo da vida, como é oferecido atualmente, é mais voltado para aquelas pessoas mais privilegiadas. Preocupações semelhantes foram expressadas sobre muitas iniciativas de “cidades e comunidades amigas dos idosos”. Aqueles que se beneficiariam mais, tendem a participar menos,⁹ e a participação tende a ser mais reduzida com a idade¹⁰. Está claro, também, que a natureza e aplicação das novas tecnologias reforçam as desigualdades porque causam um impacto desproporcional. Cerca de 40% dos trabalhadores com ensino médio estão em empregos com alto risco de rotatividade, ao passo que menos de 5% dos trabalhadores com diploma universitário correm esse risco.¹¹

Os sistemas de saúde hoje existentes foram desenhados antes da transição demográfica e epidemiológica que vemos agora. Eles tendem a tratar doenças crônicas da mesma forma que casos agudos de doenças. Se não forem reformados, os sistemas irão inchar em paralelo ao aumento da prevalência de doenças crônicas – mas serão caros e ineficientes. Enquanto o modelo voltado para os cuidados agudos predominar, melhorias de indicadores da saúde coletiva serão inevitavelmente inviáveis.

“O Brasil precisa entender que o cuidado social e de saúde dos idosos são atividades inseparáveis.”

Peter Lloyd-Sherlock, Professor de Política Social e Desenvolvimento Internacional da Universidade de East Anglia (Reino Unido)

“A saúde é criada e experimentada pelas pessoas dentro do contexto de sua vida cotidiana; onde elas aprendem, trabalham, brincam e amam”¹². O foco deve ser em uma ecologia da saúde ao longo do curso de vida, que priorize a promoção da saúde e prevenção de doenças, e o uso disseminado de tecnologias comprovadas, como as vacinas. Uma atenção primária à saúde robusta começa no pré-natal e vai até a morte. A Organização Mundial da Saúde classificou princípios baseados em evidências para a atenção primária voltada aos idosos em três áreas – (1) informação, educação, comunicação; (2) gestão dos sistemas de saúde; e (3) ambiente físico.¹³

“A melhoria dos indicadores de saúde de Portugal são a prova do sucesso da implementação de uma estratégia nacional de atenção primária.”

João Sequeira, Diretor do Serviço de Medicina Geral e de Família do Hospital da Luz, em Lisboa, Portugal

Para que o futuro do envelhecimento seja sustentável ele deve ser construído sobre uma pujante cultura do cuidado.^{IV} A carga global de doença mudou. As doenças não transmissíveis são, hoje, a causa mais prevalente de morte. Os sistemas de saúde, entretanto, estão mais configurados para curar do que para cuidar. Deve haver uma mudança fundamental no paradigma, colocando tanto quem recebe os cuidados quanto quem os provê bem no centro.

“Depois da transição epidemiológica, precisamos também passar por uma transição nos cuidados à saúde desenvolvendo uma cultura do cuidado.”

Carlos André Uehara, Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

“O cuidado deve ser integrado e centrado na pessoa. O primeiro passo para melhorar o cuidado de pessoas idosas é capacitar e apoiar cuidadores informais, incluindo a família.”

Anne Margriet Pot, consultora sênior em saúde da OMS (Suíça); professora de Gerontopsicologia, Vrije Universiteit, Amsterdam (Holanda)

No Brasil, como em outros países do mundo, a estrutura familiar mudou. Fatores tais como menor número ou mesmo ausência de filhos, múltiplos casamentos, separações geográficas, lares com uma única pessoa e maior participação de mulheres na força de trabalho levaram ao fenômeno da “insuficiência familiar” em relação ao cuidar, exacerbada por uma profunda insuficiência de políticas que a apoie minimamente.

^{IV} http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/declaracao_do_rio_Portugues.pdf

“Há uma redução na oferta de cuidadores familiares, pois, apesar de haver mais gerações em uma família, há menos representantes de cada geração”.

Ana Amélia Camarano, economista do IPEA

“A demência tornou-se uma prioridade em saúde pública. Como construir ambientes resilientes para aqueles afetados pela demência, incluindo cuidadores e profissionais?”

Gill Windle, professora de Pesquisa sobre Envelhecimento e Demência, Universidade de Bangor (Reino Unido)

Deve haver uma resposta de toda a sociedade. Cuidar de adultos deve ser equiparado a cuidar de crianças. Os homens devem aceitar a mudança cultural e compartilhar mais as responsabilidades do cuidar tradicionalmente relegadas às mulheres. Instituições e empregadores devem reexaminar suas políticas de trabalho, e os governos devem reavaliar as prioridades dos seus investimentos sociais.

“Dois grandes pilares indicam a necessidade de uma reforma previdenciária: grandes desigualdades e sustentabilidade”.

Marcelo Caetano, Secretário Geral da Associação Internacional de Seguridade Social (ISSA) e ex-Secretário de Previdência Social do Ministério da Fazenda do Brasil

O design criterioso de serviços, produtos e ambientes, orientado (e não centrado) por usuários é fundamental para o futuro do envelhecimento. Os resultados de processos de design devem capacitar e empoderar bem além das médias, para atingir as exceções. Devem ser elaborados para unir, e não dividir, os grupos.¹⁴

O idadismo, em todas as suas formas insidiosas, deve ser combatido tão vigorosamente quanto o sexismo e o racismo. Não se pode permitir que a dignidade humana diminua com o passar do tempo. O envelhecimento não é uma jornada separada. É uma continuação.

“Mesmo o respeito e a consideração em excesso às pessoas idosas pode ser uma forma de preconceito.”

Baronesa Sally Greengross, Presidente do Centro Internacional da Longevidade Reino Unido (ILC-UK) e Embaixadora Especial da Aliança Global dos Centros Internacionais de Longevidade (ILC-GA)

Apesar das promessas de uma nova era tecnológica, o capital humano continua sendo o ativo mais valioso. Como sociedade, precisamos reinventar a cultura do aprendizado e, escrupulosamente, garimpar os ricos veios de toda a capacidade humana. Como pessoas, devemos aprender a exercer nossa cidadania plena em cada uma das etapas de transformação do contínuo do envelhecimento.

“É muito simples. O futuro do envelhecimento será definido pelos níveis de justiça e equidade ao longo do curso de vida. O futuro da nossa velhice depende do envelhecimento futuro dos outros.”

Alexandre Kalache

GRUPO DE ESPECIALISTAS^v

Baronesa Sally Greengross, Embaixadora Especial da Aliança Global de ILCs e Presidente do ILC-UK (Reino Unido); **Stephen Johnston**, cofundador da Aging 2.0; **Anna Dixon**, CEO do Centre for Ageing Better (Reino Unido); **Louise Plouffe**, Presidente do Comitê Ottawa Amiga do Idoso do Conselho de Envelhecimento de Ottawa (Canadá); **Lia Vieira**, escritora e especialista em relações étnico-raciais (Brasil); **Marília Berzins**, presidente da OLHE (Brasil); **Alexandre da Silva**, professor da Faculdade de Medicina de Jundiaí (Brasil); **Lygia Pereira**, professora do Instituto de Biociências/USP (Brasil); **Marília Louvison**, professora da Escola de Saúde Pública da USP e membro do Conselho da ABRASCO (Brasil); **Tânia Petraglia**, vice-presidente da SBIm-RJ (Brasil); **Karla Giacomini** do Núcleo de Pesquisas em Saúde Pública e Envelhecimento (FIOCRUZ) e geriatra da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Brasil); **Laura Machado**, diretora da InterAge Consultoria em Gerontologia (Brasil); **Mariza Tavares**, jornalista e colunista do G1/TV Globo (Brasil); **Ana Amélia Camarano**, economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Brasil); **Marcelo Caetano**, Secretário-Geral da Associação Internacional de Seguridade Social (ISSA) e ex-Secretário da Previdência Social, Ministério da Fazenda (Brasil); **João Sequeira Carlos**, diretor do Serviço de Medicina Geral e de Família do Hospital Luz, Lisboa (Portugal); **Carlos André Uehara**, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e diretor executivo do Centro de Referência para Idosos da Zona Norte, São Paulo (Brasil); **Eberhart Portocarero-Gross**, médico de família em centro de atenção primária, Rio de Janeiro (Brasil); **Raúl Hernán Medina Campos**, vice diretor de Pesquisa em Epidemiologia e Geriatria, Instituto Nacional de Geriatria (México); **Gill Windle**, professora de Pesquisa em Envelhecimento e Demência, Universidade de Bangor (Reino Unido); **Anne Margriet Pot**, professora de Gerontopsicologia, Vrije Universiteit, Amsterdam (Holanda) e **Peter Lloyd-Sherlock**, professor de Política Social e Desenvolvimento Internacional, Universidade de East Anglia (Reino Unido).

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar nossa gratidão a todos os palestrantes por suas valiosas contribuições, e a todos os patrocinadores e parceiros que contribuíram para o sucesso da 6ª edição do Fórum Internacional da Longevidade. Queremos também agradecer a Carlos André Oighenstein pela tradução de/para o português.

© Centro Internacional da Longevidade Brasil (ILC-BR), 2019.

Este relatório foi compilado por Eloisa Adler com o apoio de Ina Voelcker.

Autoriza-se a reprodução desde que citada a fonte.

^v Os especialistas estão listados conforme a ordem do programa.

- ¹ IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2017 (2017) e IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica (2050).
- ² UNFPA/HelpAge International; Ageing in the 21st Century; a Celebration and a Challenge. New York/London: UNFPA/HelpAge, 2012.
- ³ Silva, A. (2017). Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.6.2017.tde-05072017-100217.
(<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-05072017-100217/pt-br.php>)
- ⁴ Deloitte Access Economics 2012, Increasing Participation among Older Workers: The Grey Army Advances. Report prepared for the Australian Human Rights Commission, Sydney.
- ⁵ Fries, JF; Bruce, B; Chakravarty, E; Compression of Morbidity 1980-2011; a focused review of paradigms and progress. J. Aging Res.2011.
- ⁶ Fernando Meirelles; Centro de Tecnologia de Aplicada, Fundação Getúlio Vargas (FGV); 2017.
- ⁷ Ramey, VA; Francis, N; A Century of Work & Leisure. American Economic Journal: Macroeconomics. 2009, pg. 189-224.
- ⁸ Kluge, FA; Zagheni, E; Loichinger, E; Vogt, T; The Advantages of Demographic Change after the Wave: fewer and older, but healthier, greener and more productive? Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany, 2014.
- ⁹ Public Health England. Local Action on Health Inequalities: Adult Learning Services. Heal Equity Evid Rev 4, 2014 (September).
- ¹⁰ Field, J; Life-long Learning, Welfare and Mental Well-being into Older Age: Trends and Policies in Europe. In Bolton-Lewis G; Tam M; Editors. Active Ageing, Active Learning SE, Springer Netherlands; 2012, pg. 11-12.
- ¹¹ OECD Policy Brief on the Future of Work, Automation and Independent Work in a Digital Economy; May, 2016.
- ¹² Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. 21 November 1986.
- ¹³ World Health Organization. Toward Age-Friendly Primary Healthcare 2004.
<http://www.who.int/ageing/publications/phc/en/#.VRMJBP-JEf8.mendeley>
- ¹⁴ http://ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2017/02/Design-Ageing-Report_14-fev-2017.pdf

PATROCINADORES E PARCEIROS

