

A janela demográfica, crescimento econômico e as políticas de saúde e proteção social

The demographic window, economic growth and the public health and social security policies

*Ligia Bahia*¹

Os traços precisos e sintéticos deste artigo de Kaleche perscrutam em profundidade e extensão as recomendações do Congresso da Associação Mundial de Demografia realizado em 2007. A leitura do trabalho desvenda o patamar elevado das reflexões contemporâneas sobre as relações entre envelhecimento, proteção social e desenvolvimento econômico e social e desautoriza a prescrição de soluções ingênuas para as dramáticas mudanças demográficas que ocorrem em todos os países do mundo.

O escrutínio rigoroso das interpretações e explicações sobre as tendências negativas geradas pela sinergia do envelhecimento com o incremento das desigualdades econômicas, sociais e culturais e as perspectivas de reexaminá-las e até mesmo invertê-las estimulou e persiste fecundando um fértil debate acadêmico no Brasil sobre as aproximações e eventuais afastamentos de situações particulares das coordenadas definidas pelas agendas internacionais.

O rico e vasto acervo de conhecimentos sobre envelhecimento e saúde no Brasil facilita a apropriação e adequação das multidimensões do tema relacionadas por Kalache à realidade nacional. Tratar-se-ia de reorganizar o conhecimento disponível em diversas áreas de conhecimento para conferir sentido às relações entre envelhecimento, trabalho e bem-estar social, envelhecimento, saúde, inovação, mercado e estilo de vida e envelhecimento e desenvolvimento. O anúncio de tais tarefas, no momento de encerramento da primeira etapa dos trabalhos da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, as credencia como ponto de pauta das próximas atividades deste Fórum e de instituições brasileiras envolvidas com a investigação e execução de políticas públicas.

Considerando que os macro-desafios sintetizados por Kalache vêm sendo respondidos ou encontrarão vias adequadas para trafegar no solo pátrio, procurarei apenas iluminar algumas características financeiro-organizacionais do sistema de saúde e aspectos do nosso sistema de proteção de social. Com esse exercício, um cotejamento parcial de determinadas proporções e

talvez singularidades da situação brasileira com aquelas elencadas por Kalache, busco atender, de modo ainda embrionário, ao seu chamado para subsidiar os fundamentos de um pacto nacional de solidariedade.

As peculiaridades do sistema de saúde brasileiro, entre as quais a segmentação das demandas de idosos e seus efeitos sobre a rede de cuidados e serviços de saúde, têm sido interrogadas por diversos estudos, baseados nos suplementos saúde das Pnads^{1,2} e outros estudos de base populacional³. Segundo o inquérito "Idosos no Brasil"⁴ divulgado pela Fundação Perseu Abramo em 2007, os idosos recorreram às coberturas de: planos, seguros e convênios de empresas e sindicatos (28%); serviços públicos e agentes comunitários de saúde (73%); médico particular (11%); práticas de autocuidado (10%). A maior parte dos idosos pagou medicamentos mediante desembolso direto (76%), embora (51%) tenha recorrido à rede pública em busca dos gratuitos, na qual 31% nunca os obtiveram, 25% sempre foram atendidos e 34% de vez em quando ou raramente (ambos os resultados incluem múltiplas respostas). Outras informações do bloco saúde sugerem, por um lado, o racionamento do acesso aos serviços e cuidados a que estão submetidos os idosos no Brasil: 26% das mulheres e 42% dos homens declararam nunca terem realizado exame ginecológico e de mama e de próstata, respectivamente. Por outro lado, a adesão da população idosa aos procedimentos ofertados pelos programas governamentais mostrou-se elevada: 71% recorreram a rede pública de saúde para vacinação (única resposta para ambos os resultados).

Essas e outras evidências da segmentação das demandas aos serviços e cuidados de saúde suscitam perguntas específicas sobre uma idéia já consagrada pela voz corrente: a associação automática entre a elevação dos gastos e custos com atenção à saúde dos idosos. Uma pista sobre a preservação ainda que indireta das dramáticas desigualdades, decorrentes das assimetrias de inserção no trabalho, família e de renda sobre a atenção à saúde, é o gasto com saúde dos idosos. Nos Estados Unidos, as desproporções entre a quantidade de idosos e gastos assistenciais (13% da população acima de 65 anos e 36% dos gastos

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Laboratório de Economia Política da Saúde, UFRJ. ligiabahia@terra.com.br

com saúde) e a preponderância do financiamento do Medicare (o seguro de saúde para idosos), que representa 47% do total das fontes de pagamento para os serviços médicos e tratamentos de longa permanência e 38,9% das fontes de remuneração das internações hospitalares, estão mais do que decantadas⁵. Entretanto, entre nós, o envelhecimento da população, quer por suas intrínsecas dimensões demográficas, quer pela adição de variáveis afetas ao nosso intrincado sistema de saúde, parece não gerar exatamente a mesma dinâmica de gastos.

Os gastos realizados pelo SUS com internações para maiores de 60 anos, que em dezembro de 2007 atingiram 26,8% do total, fornecem indícios da vigência de uma “contabilidade perversa”, cujos parâmetros de priorização relativa dos jovens em detrimento dos “velhos” rebatem em práticas não regulamentadas, mas fartamente conhecidas, como, por exemplo, a seleção dos pacientes mais jovens para ingresso em unidades de terapia intensiva da rede pública. Em contraste, os planos e seguros privados de saúde (especialmente os individuais e empresariais, que mantêm sob suas coberturas os aposentados) denunciam permanentemente as tendências de elevação dos gastos com o atendimento dos idosos.

Tal polarização (conformada por um subsistema público, que prioriza os jovens e pelo privado debatendo-se com aumentos de gastos assistenciais, nominalmente superiores àqueles repassados às contraprestações pecuniárias - diga-se de passagem, nem sempre calculadas em bases atuariais) para assegurar cobertura a uma parcela relativamente pequena dos idosos brasileiros, está longe de ser virtuosa. Pelo contrário, intensifica as iniquidades e legítima um modelo de atenção calçado em concepções pretéritas sobre o processo saúde e doença. As acepções sobre a “doença crônica como uma série de episódios agudos” preservam o “anacronismo dos modelos assistenciais para idosos⁷” tanto do subsistema privado, que insiste em investir precipuamente na modernização da capacidade instalada hospitalar e de diagnóstico e terapia especializada, quanto do público, no qual a restrição e organização da oferta comprometem o provimento de atenção integral e humanizada. Além disso, tensionam balizamentos estratégicos do equilíbrio interno do financiamento dos planos e seguros de saúde. A valoração *per capita* dos prêmios para o pagamento de planos e seguros, desde os convênios-empresa instituídos durante o regime militar até os dias atuais - expressão de um contrato tácito estabelecido há mais de quarenta anos dotado de forte

teor de exclusão da força de trabalho inativa - traz cobranças para o presente.

Em outro registro, o das possíveis convergências e dissonâncias entre o sistema de saúde e os demais programas de proteção social, não se poderia deixar de consignar que o alongamento da vida cursa com a redução na idade média do afastamento do mercado de trabalho e incremento no tempo de recebimento dos benefícios de aposentadoria. As elevadas coberturas (77,2% de aposentados, 0,9% pensionistas e 1,4% aposentados e pensionistas) dos benefícios previdenciários em 2004 e o aumento efetivo dos valores (que são vinculados ao salário mínimo) aumentaram a renda individual e familiar da população com mais de 60 anos⁸. Diversamente, a maior parte dos investimentos dos programas de transferência de renda destina-se aos jovens. As prioridades e a maior abrangência do Bolsa Família (14,9% dos domicílios) em relação aos 18,3% do total coberto por algum dos programas de transferência de renda, em 2006, resultaram em uma sobre-cobertura para os domicílios com maior concentração de crianças, jovens, gestantes e nutrízes. As crianças e adolescentes do grupo etário de 0 a 17 anos representavam, em 2006, 31,6% do total dos moradores em domicílios particulares, sendo que essa proporção foi de 46,1% na estrutura etária dos moradores dos domicílios contemplados com programas de transferência de renda. Inversamente, estes atingiram apenas 5,5% dos domicílios com moradores acima de 60 anos, cuja proporção era de 10,2% na população residente⁹.

A conjugação do perfil das políticas de saúde com aquelas de natureza previdenciária ou lastreadas em outras modalidades de auxílio pecuniário ajuda a identificação dos limites e perspectivas para o pacto de solidariedade social. A racionalização do acesso da rede pública de serviços de saúde, o perfil sintomático e curativo daquela organizada pelas empresas de planos e seguros privados, as baixas ou a ausência de coberturas institucionais para medicamentos de uso contínuo (não excepcionais) e o futuro das políticas de proteção social de corte previdenciário e as de transferência de renda têm sido objeto de intensas controvérsias.

O contexto de retomada do Estado como propulsor do planejamento e desenvolvimento econômico - expressa no Plano de Aceleração de Crescimento - a janela demográfica e as possibilidades de reinserção do Brasil no cenário internacional viabilizam e estimulam o redesenho de políticas de articulação do crescimento econô-

mico e solidariedade social. Por outro lado, as tentativas de reduzir o denominado *greying* dos orçamentos públicos, que está por trás dos argumentos sobre as virtudes dos programas voltados aos jovens e as mazelas da previdência social, não contribuem para a compreensão da complexidade que envolve os valores de solidariedade gerados pelas relações e intermediações entre o mercado e as instituições políticas. As desigualdades distributivas, sejam as econômicas, as sociais e as culturais, clamam pela efetivação de programas complementares e reafirmação de valores de justiça distributiva envolvendo as atuais e futuras gerações.

Referências

1. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2467-2478.
2. Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2463-2466.
3. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(12):2657-2667.
4. Fundação Perseu Abramo. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade, 2007*. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/portal/>
5. Kaiser Family Foundation. Medicare Spending and Financing. Fact Sheet, 2007. Disponível em: <http://www.kff.org/medicare/upload/7305-02.pdf>
6. DATASUS. Assistência à Saúde, Internações Hospitalares, 2008. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus>
7. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2479-2489.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese dos indicadores sociais*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Acesso a transferências de renda de programas sociais*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2006. [Suplemento PNAD]

A solidariedade social como utopia necessária

Social solidarity, a necessary utopia

*Kenneth Rochel de Camargo Jr.*²

O texto de Kalache sintetiza um conjunto de desafios definidos a partir das questões do envelhecimento, mas que num certo sentido são parte de um conjunto de dilemas que nos (a comunidade humana) desafia a pensar que sociedade queremos. Os desafios do envelhecimento populacional requerem para seu enfrentamento o resgate das boas e velhas utopias de nossa história.

Num certo sentido, o conjunto de forças analisado no texto sinaliza a “tempestade perfeita” para os Estados nacionais e sua perspectiva de implantação de alguma forma de sociedade de bem-estar, em especial para os países fora do círculo restrito do chamado “primeiro mundo”. Impactos negativos nas economias locais, especialmente entre os países menos afluentes, da crises econômicas globais têm produzido restrições consideráveis ao crescimento. Uma economia que não se expande não tem como assegurar a melhoria das condições de vida para o conjunto dos cidadãos. Estruturas institucionais perpetuadoras da desigualdade tornam a apropriação de quaisquer ganhos ainda mais desigual (como observado no Brasil ao longo da maior parte, senão a totalidade, de sua história), mantendo uma proporção considerável de cidadãos em situação desfavorável. A retração (relativa ou absoluta) do mercado de trabalho formal compromete o financiamento da seguridade social, ao mesmo tempo em que crescem as demandas por seus serviços. Dentro deste cenário, o aumento na proporção de idosos na população é mais um agente estressor para um sistema em precário equilíbrio (se tanto).

Alguns dos possíveis encaminhamentos para os problemas apontados são inerentemente contraditórios; é quase uma dedução lógica contemplar a extensão do período contributivo antes da aposentadoria, por exemplo. Cabe interrogar se é justo exigir anos adicionais justamente dos mais desfavorecidos na população, ou se um mercado de trabalho já problemático comportaria o nú-

²Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ. kenneth@uerj.br