



ENCONTROS DEMOCRÁTICOS

C I C L O D E D E B A T E S

LONGEVIDADE
O BRASIL TEM CADA VEZ MAIS IDOSOS.
QUE FAZER?





Encontros Democráticos são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

O Brasil precisa se preparar para atender a crescente população de idosos

O envelhecimento da população brasileira já começou e o País precisa se preparar para atuar de maneira efetiva no atendimento das necessidades dessa faixa etária. O alerta foi feito pelos professores Luiz Jurandir Simões e Ana Carolina Maia, da área de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo, durante debate sobre a questão da longevidade no Brasil, promovido pelo Espaço Democrático em novembro de 2016.

Professor de Graduação na Faculdade de Economia e Administração da USP (FEA/USP), Luiz Jurandir Simões alertou que, apesar de planejar o futuro não ser uma característica da sociedade brasileira, é urgente que o País comece a se preparar para enfrentar uma realidade em que parte expressiva da população será idosa, alterando bastante o perfil da demanda por serviços públicos e privados. “Precisamos pensar em como será o nosso país daqui a 15 ou 20 anos, o que não é comum entre nós”, avisou.

A professora Ana Carolina Maia, também da FEA/USP, explicou que o Brasil está passando pelo processo de envelhecimento populacional em uma velocidade maior do que a registrada na Europa. A taxa de fecundidade se reduziu rapidamente, ao mesmo tempo em que vem aumentando a longevidade. Esses fatores combinados vão elevar a demanda por serviços e produtos específicos para idosos, demanda que precisará ser atendida tanto na área privada quanto na pública.

Que fazer? Esta publicação traz a íntegra das palestras e discussões de mais este Encontro Democrático.

Boa leitura.



SÉRGIO RONDINO - O tema do nosso Encontro Democrático de hoje é a longevidade. O aumento do número de idosos traz uma série de consequências e repercussões na economia e para a sociedade e por isso precisa ser analisado. Para isso nós convidamos dois estudiosos do tema. Um deles é o professor Luiz Jurandir Simões de Araújo, que é especialista em modelagem de risco, precificação de ativos e passivos e gestão de investimentos. Ele é professor de graduação da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo nos cursos de Atuária e Contabilidade. Também é bacharel em Ciências da Computação pela Universidade de São Paulo. O professor Luiz Jurandir tem mestrado e doutorado em Engenharia Elétrica pela USP e tem MBA em Gestão Empresarial pela FGV Manager.

A professora Ana Carolina Maia é economista e professora do Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia da USP. Tem doutorado e mestrado em Economia pela

Universidade Federal de Minas Gerais, atuando principalmente nos seguintes temas: sistema de saúde suplementar brasileiro, informação assimétrica, demografia e saúde e precificação de produtos de saúde e concorrência no setor de saúde no Brasil. Começamos com a palavra do professor Luiz Jurandir.

LUIZ JURANDIR SIMÕES DE ARAÚJO: O tema, para nós, é muito importante e preocupante também, especialmente porque o Brasil não está preparado para o longo prazo. Embora tenhamos menos crianças, ainda não temos saneamento básico. Em pleno século 21, em 2016, o homem já coloca um robô em um cometa, mas nós aqui ainda não temos nem saneamento básico. E temos de nos preocupar muito com os nossos dilemas de médio e longo prazos. O envelhecimento veio, já está instalado na nossa sociedade e isso vai trazer uma série de exigências, uma série de dilemas para os quais temos que estar preparados antes. E se sabemos

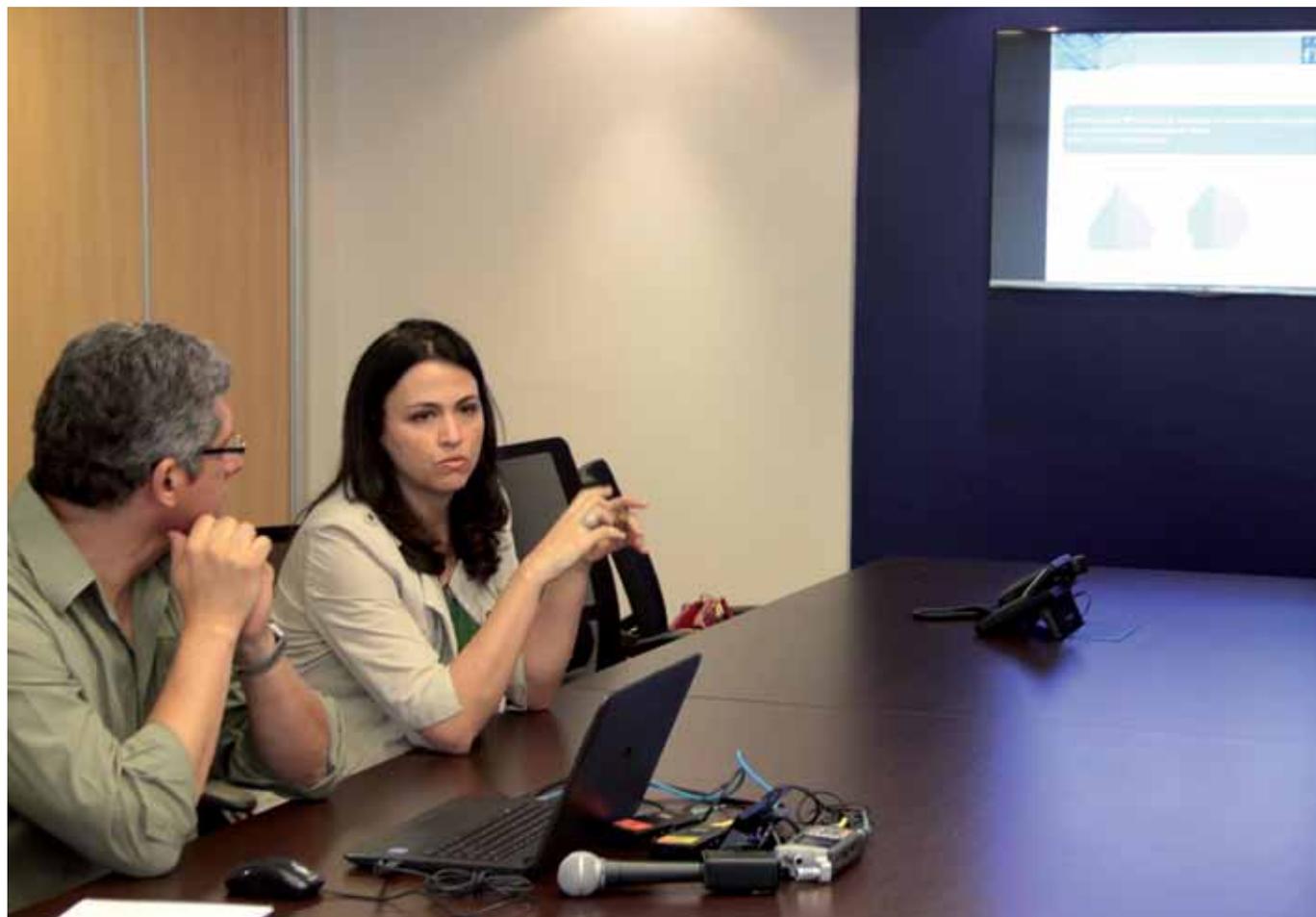


EM PLENO SÉCULO 21, EM 2016,
O HOMEM JÁ COLOCA UM
ROBÔ EM UM COMETA, MAS
NÓS AQUI AINDA NÃO TEMOS
NEM SANEAMENTO BÁSICO”.

Luiz Jurandir

que o bonde vai passar, vamos nos preparar antes de ele passar. Quando ele está passando, é tarde para se preparar. Temos que correr. Dá para fazer muita coisa, mas temos que correr. Claro que, numa sociedade latina, falar em 15 anos, 20, parece ficção científica. Nós queremos tudo para o mês que vem, para a semana que vem. Nós aqui, professores de Atuária, sempre falamos em daqui a 20, 30 anos. Até os nossos alunos ficam incomodados quando estamos falando em 50 anos adiante. Claro que a atuária tem que pensar tudo, é isso o que nós fazemos: pensamos, analisamos, projetamos e precificamos. A sociedade que consegue bem-estar social e conforto para as pessoas pensa antecipadamente em 30, 40 ou 50 anos. E isso, de maneira recorrente, não é feito na nossa sociedade - pensar no longo prazo. Não é preciso olhar longe, é só olhar para as ruas dos bairros, os morros, para saber as consequências.

Eu gosto muito de uma frase do Casemiro de Abreu. Em mil oitocentos e sessenta e poucos, ele disse: “Se nós não fizermos a libertação dos escravos de forma planejada e coerente, indenizando-os e dando condições para que eles organizem as suas vidas, a escravidão vai demorar 150 anos”. Ele estava certíssimo. Estamos perto dos 150 anos do fim da escravidão e ela ainda dura porque não pensamos na libertação de uma forma estruturada. Não pensamos que as pessoas precisavam organizar suas vidas e que essa organização iria levar 20, 30 anos. Nossa preocupação em Atuária e nosso grupo de Gestão e Política de Saúde é pensar no que podemos fazer hoje para que os próximos 20 ou 30 anos sejam confortáveis. Tem que ser hoje, não pode ser daqui a 30 anos. O saneamento básico tem que ser hoje. A professora Ana vai falar mais sobre isso aqui.



ANA CAROLINA MAIA: Dentro desse tema de longevidade, dos riscos e dos dilemas e o que isso implica em termos sociais, a gente estruturou uma apresentação em que vamos trabalhar um pouco alguns conceitos que, acho, são muito importantes. São basicamente quatro conceitos. As pessoas se confundem um pouco, ou as coisas não são muito óbvias, porque as dinâmicas são muito parecidas, muito associadas e é bom que a gente compreenda esses fenômenos. Então, vamos basicamente falar das duas áreas que mais nos preocupam quando pensamos em envelhecimento: a previdência e a saúde, que está de fato pedindo atenção, porque a questão é muito grave e relevante no médio prazo, não mais no longo prazo. E preparamos alguns grá-

ficos, levantamentos em termos de custos, seguindo o padrão americano, porque a gente tem muito pouca informação representativa do Brasil. O nosso sistema é muito compartimentado, as informações são muito específicas. Ou a gente está trabalhando só com o SUS de uma determinada região e os dados têm problemas, ou está trabalhando no sistema privado e em alguma operadora, especificamente.

Em demografia, o que é o envelhecimento? Quando falo em envelhecimento, estou fazendo uma análise em termos populacionais, pegando um grupo de pessoas, uma área demográfica, e olhando a estrutura etária daquele grupo de pessoas, fazendo a chamada pirâmide etária. Estou olhando, em termos porcentuais de dis-



VAMOS BASICAMENTE FALAR DAS DUAS ÁREAS QUE MAIS NOS PREOCUPAM QUANDO PENSAMOS EM ENVELHECIMENTO: A PREVIDÊNCIA E A SAÚDE, QUE ESTÁ DE FATO PEDINDO ATENÇÃO, PORQUE A QUESTÃO É MUITO GRAVE E RELEVANTE NO MÉDIO PRAZO, NÃO MAIS NO LONGO PRAZO”.

Ana Carolina Maia

tribuição, quanto tenho de participação das pessoas mais velhas, pessoas em idade ativa e crianças. Eu quero entender o padrão populacional daquele grupo de pessoas. Quando o padrão populacional começa a mudar a estrutura clássica de pirâmide - na qual tenho mais crianças e gente em idade ativa que gente idosa - passo por aquele processo de envelhecimento populacional. Está ocorrendo nessa população, nessa sociedade, uma inversão da proporção da distribuição das pessoas por idade. É o envelhecimento clássico da população. A gente está passando por essa transição. A Europa já passou, ou melhor, está passando e vivendo ainda intensamente, mas o processo foi muito mais lento.

LUIZ JURANDIR: Vale lembrar que a aceleração foi um mérito histórico das mulheres brasileiras. Elas fizeram um esforço enorme de contenção. Não é mérito dos homens, não. Os homens têm essa mania de não usar camisinha. É um mérito feminino.

ANA CAROLINA: E por que ocorre o envelhecimento populacional? Até 1800 tínhamos altas taxas de natalidade, famílias com muitos filhos, e altas taxas de mortalidade. Tínhamos um crescimento populacional que oscilava entre positivo e negativo, mas as estruturas populacionais estavam sempre em pirâmide. Era o padrão. Aconteceu que houve um declínio da natalidade e os avanços na medicina e em saneamento fizeram com que as pessoas passassem a viver mais. Isso aumentou a expectativa individual de vida, que é a chamada longevidade. E a pirâmide começou a mudar de forma. Vieram os métodos contraceptivos e as famílias decidiram não ter tantos filhos. É a base dessa pirâmide começou a se estreitar. É o que a

gente chama de inverno demográfico. Na hora em que isso acontecer, a sociedade vai viver um envelhecimento e vai ter que absorver esse contingente de pessoas que nasceu, vai viver mais e não vai ter base de sustentação. A transição demográfica tem data para acabar, no mundo inteiro. Não é *ad eternum*. Porque hoje as taxas de nascimento, de fecundidade e mortalidade estão de novo se igualando. Vai chegar um momento em que a gente vai absorver toda essa população e isso vai se equilibrar. A grande questão é o que fazer durante esse período de transição demográfica, ou seja, como criar poupança, criar a sustentabilidade para financiar esse contingente de idosos que necessariamente vão absorver mais recursos e que não são mais produtores de recursos.

Esse é o grande ponto de interrogação que envolve a transição demográfica. Paralelamente a isso, a gente tem a longevidade se ampliando. É a perspectiva individual, que aumenta com os avanços da medicina. Expectativa de vida mesmo, média de anos de vida. Isso está aumentando também. Então, além do fenômeno que a gente viu na mudança dos padrões que geraram aquele alargamento na pirâmide, temos o aumento da longevidade, que é muito significativo. Há algumas projeções mais otimistas que dizem que chegaremos a cem anos - ao nascer, em 2100, a expectativa média de vida seria de 100 anos; projeções mais pessimistas apontam 90 anos ao nascer. É muita coisa. No Brasil, a média de expectativa de vida ao nascer, hoje, é de 75 anos. Daqui a pouco poderíamos chegar a 95. A gente sabe que vai passar por esse processo de envelhecimento populacional, de aumento da participação de idosos na nossa população. Além disso, as pessoas vão viver mais e necessariamente vão demandar mais

recursos. Essa é a questão: como vamos financiar esses recursos? E mais que isso: quais são esses recursos? O que é isso? Que tipo de cuidado a população vai precisar, como a sociedade vai se preparar para isso?

LUIZ JURANDIR: Se a média é de 90 anos, muita gente vai viver mais e muita gente vai viver menos que 90. E há quem tenha autonomia total - aquela em que a pessoa acorda, toma banho, não precisa de ajuda nenhuma. É natural que essa autonomia vá diminuindo com o tempo, vá ficando parcial, limitada, até chegar o momento em que não tem mais autonomia nenhuma, depende totalmente de alguém. Eu conheço isso muito bem porque tenho um irmão que tem paralisia cerebral e não tem autonomia nenhuma. Necessita de uma estrutura. A autonomia dele é zero. Essa já é uma realidade nacional, teremos que ter toda uma estrutura de profissionais, clínicas, academias e tudo o mais que entendam essa nova dinâmica demográfica.



MUITAS COISAS NO BRASIL CUSTAM ESTRUTURALMENTE MAIS CARO PORQUE SOMOS MUITO BUROCRÁTICOS. A QUALIFICAÇÃO DA MÃO-DE-OBRA É MENOR DO QUE DEVERIA SER EM LARGA ESCALA. OBTIVAMENTE TEMOS NÚCLEOS DE QUALIDADE, MAS ELES NÃO CONSEGUEM FORMAR UMA MASSA DE GENTE QUALIFICADA EM GRANDE ESCALA”.

Luiz Jurandir

Quando dou palestras, digo que até as lavanderias vão ter que pensar direito, porque essas pessoas idosas não podem trocar cortinas. De preferência, não devem subir em escada em hipótese nenhuma, porque fraturas demoram para consolidar e geram muitas sequelas - psicológicas, motoras, fisiológicas, etc. Provavelmente as lavanderias vão ter que tirar a cortina, lavar a cortina e instalar novamente. A cortina é o exemplo metafórico de uma lógica que terá de ser coletiva. Os serviços e as empresas vão ter que se adaptar a isso. Ainda não é uma coisa sistêmica, mas algumas academias já estão entendendo isso, algumas redes de saúde estão entendendo isso e se adaptando. É uma coisa inexorável. Teremos um grande estoque de pessoas - desculpem a palavra estoque, mas nós somos planejadores, temos que pensar em volumes. E o volume será muito grande. Temos que nos preparar para isso. As escolas, clínicas e até as lavanderias tem que estar preparadas para esse novo perfil demográfico. A reversão vai demorar uns 85, 100 anos.

ANA CAROLINA: Até 2100, 2105.

LUIZ JURANDIR: Nós temos, no Brasil, algumas complexidades que chamo de complexidade tupiniquim. 25% da população têm convênio médico privado, conta corrente, imóvel, alguns têm casa na praia. 75% moram nas periferias, dependem do SUS e de uma série de outros serviços públicos que não têm uma entrega eficiente. É um fato estrutural nosso, o sistema público não entrega com a eficiência que deveria entregar. Isso cria sobrepreços e ineficiências. Portanto, muitas coisas no Brasil custam estruturalmente mais caro porque somos muito burocráticos.



A qualificação da mão-de-obra é menor do que deveria ser em larga escala. Obviamente temos núcleos de qualidade, mas eles não conseguem formar uma massa de gente qualificada em grande escala. Esses pequenos núcleos, a USP, FGV, conseguem formar gominhos de qualificação, mas esses gominhos não conseguem construir uma grande massa de qualificação. 11 mil vagas por ano, isso é muito pouco num país com 8,5 milhões de quilômetros quadrados e 206 milhões de pessoas. Temos que acelerar o processo de qualificação. Temos que ter mais gente qualificada nas prefeituras, nos Estados, na União, para evitar essas barbeiragens que nós vemos recorrentemente no País.

Não é à toa que o Japão envelheceu e está muito preparado para o envelhecimento. É muito comum ver um velhinho japonês subir o monte Fuji. É uma disciplina fantástica. Nós temos essa coisa latina de relações pessoais muito próximas, o que é muito bacana e agravável e tomara que continue assim, mas precisamos ter disciplina, foco. Temos que ter uma massa de gente preparada para os novos desafios, que já estão instalados e que vão ficar cada vez mais profundos.

Os custos da saúde variam em função da idade. No início da vida o custo é um pouco mais alto, o bebê tem que se desenvolver, e depois fica mais barato. Conforme vai aumentando a idade, vai ficando mais caro. Aqui no Brasil temos algumas situações que aumentam esse custo antes do tempo. Por exemplo, acidentes de trânsito com consequências gravíssimas, a criminalidade, que gera um sobrepreço gigantesco no sistema de saúde.

ANA CAROLINA: O envelhecimento implica em tentar projetar o volume da população que está envelhecendo e o que vai acontecer em termos de gastos. Você pode fazer isso projetando diretamente do custo de hoje - mas há nisso uma restrição forte, tendo em vista que a tecnologia avança muito - mas ao mesmo tempo você tem um problema que é o mutualismo, como o mais jovem vai financiar o mais velho - e como ficaria o preço médio disso. A mulher custa mais na idade reprodutiva. Estamos focando apenas em custos, mas temos outros impactos, como bem-estar, por exemplo, que são enormes. A gente sabe que as causas externas geram uma perda na expectativa de vida muito significativa no Brasil. Hoje, a nossa média é de 75 anos, mas poderíamos ter um pouquinho mais se eliminássemos as causas externas, e que são causas evitáveis.

Quando falamos em longevidade, estamos falando em ciclo de vida. Uma das questões que emergem quando pensamos sobre o ciclo de vida é como financiar - e como isso implica em analisar os custos ao longo da idade. A gente precisa entender essas inclinações, como elas funcionam, e as projeções de dados ajudam.

ROSELI BURGO: As nossas projeções seguem o modelo americano?



A GENTE SABE QUE AS CAUSAS EXTERNAS GERAM UMA PERDA NA EXPECTATIVA DE VIDA MUITO SIGNIFICATIVA NO BRASIL. HOJE, A NOSSA MÉDIA É DE 75 ANOS, MAS VOCÊ PODERIA TER UM POUQUINHO MAIS SE SE ELIMINÁSSEMOS AS CAUSAS EXTERNAS, E QUE SÃO CAUSAS EVITÁVEIS”.

Ana Carolina Maia

ANA CAROLINA: No Brasil, o que a gente tem? No SUS, por exemplo, só sabemos quanto se gasta com a internação hospitalar. Dá para ver por idade, mas isso não representa custo, nem de longe. Não existe estudo dizendo se os procedimentos cardíacos ou neoplasia estão defasados e em quanto. Não se sabe.

SERGIO RONDINO: Quer dizer que até na questão estatística o Brasil está despreparado?

ANA CAROLINA: Completamente.

RUBENS FIGUEIREDO: Na mesma idade, o brasileiro custa mais que o americano?



ANA CAROLINA: Isso a gente não sabe.

LUIZ JURANDIR: Há casos brasileiros que alteram as estatísticas. Temos uma criminalidade gigantesca, um índice de acidentes no trânsito muito acima da média mundial, não cuidamos do saneamento básico. Em 2016 não temos saneamento básico em várias regiões do Brasil. Então, para essas regiões, para alguns grupos sociais, essa curva é acelerada antes do que deveria. Inúmeras questões de saúde são resolvidas automaticamente com o saneamento básico.

ANA CAROLINA: Na literatura há uma coisa chamada perfil epidemiológico, que é uma informação muito significativa para entender as projeções. A maioria das economias mais desenvolvidas já fez essa transição. Saíram do perfil das doenças infectocontagiosas para o das doenças crônicas e tudo o mais. O Brasil ainda não transitou completamente. A gente ainda tem uma participação grande de pessoas doentes, e mesmo de morbidade, por doenças infectocontagiosas, o que não deveria acontecer mais, dado o nosso patamar de renda. Quando a gente vê internação por veiculação hídrica, é problema de saneamento.

Pensando em saúde e previdência, existe alguma variação, que não está organizada dentro da lógica do mutualismo. O mutualismo é você dividir o custo entre os participantes naquele momento, compartilhar o risco. E há a questão de que esse risco está distribuído de maneira desigual, porque algumas pessoas vão usar mais porque aconteceu com elas algum evento determinado, dentro do compartilhamento. Essa é a ideia do mutualismo.

Na previdência temos os planos de acumulação, o que é uma saída. A pessoa vai envelhecer e então acumula renda para desfrutar lá na frente. Isso é uma opção. Na saúde também existe essa opção - são as contas-poupança, digamos assim, que também são contas de acumulação para futuros eventos de saúde. É um modelo novo, que os Estados Unidos lançaram. Atinge 3% da população. No Brasil, estão querendo fazer o PGBL saúde, ou alguma coisa parecida com esse modelo de acumulação. Mas, de fato, a nossa massa atual de financiamento é por meio do mutualismo. Para o mutualismo funcionar, a gente tem que conseguir prever o que vai acontecer com determinado grupo. Por

exemplo, eu sei que na carteira desse grupo de 100 mil pessoas acontecerão alguns eventos - uma neoplasia, um acidente, e a capacidade de financiar isso tudo. Mas individualmente eu não consigo identificar o que vai acontecer. Se eu souber, não tem sentido, eu não vou querer compartilhar o risco. É isso o que tem que acontecer para poder funcionar.

Na previdência, nos Estados Unidos, acontece um pouco diferente. Eles têm as *disabilities*, que são os casos de invalidez e de algumas doenças e estão mais incorporadas em saúde. Aqui, na previdência, os nossos riscos são de doenças, invalidez e morte. E a aposentadoria, que é um evento mais programado, está atrelada à elegibilidade. Por outro lado, ele não é programável em termos de saída por causa dos riscos da longevidade. Hoje em dia, por exemplo, não se encontram mais produtos de previdência privada em que a prestação de benefícios



se estende até a morte, produtos vitalícios. Em lugar nenhum do mundo existe mais isso, não se vendem mais esses produtos porque existe o risco da longevidade. Do ponto de vista individual, não se sabe quantos anos a pessoa vai viver. O risco da previdência é essa questão da saída. Você consegue ajustar um pouco a sua expectativa de saída, que é o aumento da longevidade, se você jogar a sua entrada um pouco mais para frente. E aí você chega a um equilíbrio financeiro. E o objetivo da previdência é garantir renda.

No caso da saúde, o risco é da doença. E aí é diferente. A tecnologia avança de maneira muito veloz, substitui outra mais antiga, mas não reduz os custos. Ao contrário, é mais cara. É uma particularidade. Em outros setores, como na indústria automobilística, a tecnologia substitui outra e reduz custos. Na saúde, não. Essa característica, em particular, leva à seguinte dinâmica no merca-

do: não se consegue fazer um contrato de longo prazo. Não se compra um seguro de saúde hoje para se autofinanciar no futuro. Isso não existe. Eu estou comprando o seguro hoje e compartilho o risco hoje. É de curto prazo. Porque no longo prazo ninguém sabe o que vai acontecer em termos de avanço da tecnologia. E como ninguém sabe, ninguém está disposto a comprar esse risco. Essa é uma característica muito forte na saúde.

Esse compartilhamento de risco pode se dar em duas dimensões. Eu estou saudável, mas faço um seguro e transfiro essa renda para a pessoa que ficou doente, para que ela possa restabelecer sua saúde. Ou ele pode ser intergeracional, porque a gente sabe que os custos em saúde estão fortemente associados à idade e então eu posso fazer uma alocação intergeracional. Eu aloco renda das pessoas que são mais jovens para as pessoas que são mais velhas. E aí entra um pouco da lógica da previdência no sistema de repartição que a gente conhece hoje.

Saúde é o que chamamos de um bem meritório. A gente, enquanto sociedade, julga que todo mundo deve ter acesso aos serviços de saúde sem fazer julgamento sobre qual deve ser o mecanismo de financiamento, que pode ser público ou privado, desde que a sociedade garanta o acesso de todos a esses bens e serviços. A saúde afeta o bem-estar individual e do ponto de vista econômico vai afetar a capacidade produtiva. A gente consegue medir esses efeitos e a sua importância.

E o que acontece no Brasil? Temos financiamento e provimento. Provimento é a rede de atendimento: hospitais, médicos, consultórios, clínicas e tudo o mais. Há um mix de público e privado. Não existe um modelo de ouro, não existe modelo-padrão. Os países têm formas bastante diferentes de entender o financia-



mento e o provimento da saúde. O SUS é integral e universal. E o sistema privado é regulado pelo Estado - aliás, recentemente regulado, desde o ano 2000, que foca basicamente na sustentabilidade dos contratos - que é olhar o equilíbrio financeiro das operadoras - e observar o que está sendo afetado para a população. Isso, em todos os sentidos. É importante acompanhar o que está sendo oferecido à população porque, quando você faz esse tipo de contrato, há uma parte que é vulnerável, o consumidor, no sentido de que ele não consegue imaginar todos os problemas de saúde possíveis que ele pode ter na vida. Então é necessário, de fato, um agente regulador que interfira e consiga manter um padrão contratual mais ou menos uniforme.

Falando em saúde suplementar, o que está acontecendo no Brasil? A sinistralidade está em patamares muito altos. A sinistralidade é a relação entre a despesa assistencial e a receita. Não estou considerando outros fatores, só o que importa para a conta, que é muito alta. Ela vem numa trajetória preocupante. Tem muita gente quebrando e o mercado está ficando cada vez mais concentrado. Tem o seu lado bom, mas tem o lado preocupante. O ganho de escala é inevitável. É uma luzinha amarela, quase vermelha, que está acesa. A gente sabe que em poucos anos isso vai quebrar se continuar desse jeito. É necessária uma reforma importante aí. Há uma discussão em curso no Ministério da Saúde, comandada pelas operadoras, que foca na maior liberdade de negociar novos contratos, de desenhar novos produtos. Fazer um seguro específico para doenças graves, por exemplo. É um ponto importante, mas na minha opinião não é o grande ponto. A gente não vai ter sustentabilidade nem no setor privado nem no SUS se não pensar em toda a lógica de atendimen-

to no Brasil. O cuidado preventivo tem grande impacto em custos futuros. Enquanto a gente não começar a pensar o cuidado inteiro, o cuidado no ciclo de vida, a gente dificilmente vai sair desta espiral crescente de gastos, com tendência explosiva. Essa questão é mundial - nos Estados Unidos e mesmo na Europa. A taxa de crescimento dos gastos com saúde está sempre superando a taxa de crescimento da renda. Onde essa relação vai parar? Esse é o grande ponto.

Ainda falando sobre saúde suplementar, o mercado de negociação de contratos privados não deve ser abrangente porque não há esse mercado para todos os contratos. Há muitas restrições internacionais e elas vão potencializar as incertezas, ou seja, não se sabe o que vai acontecer, não se sabe o que se está negociando, é complicado precificar e complicar até a garantia do produto. Regulação é muito importante, não há a menor dúvida, ela vai viabilizar o mercado. Você tem que dar regras que viabilizem a entrada dos contribuintes. E na saúde, especificamente, há comportamentos do segurado e do provedor que são altamente impactantes. O provedor é um grande ponto. Na literatura do setor, há muito tempo se discute



A GENTE NÃO VAI TER SUSTENTABILIDADE NEM NO SETOR PRIVADO NEM NO SUS SE NÃO PENSAR EM TODA A LÓGICA DE ATENDIMENTO NO BRASIL. O CUIDADO PREVENTIVO TEM GRANDE IMPACTO EM CUSTOS FUTUROS. ENQUANTO A GENTE NÃO COMEÇAR A PENSAR O CUIDADO INTEIRO, O CUIDADO NO CICLO DE VIDA, A GENTE DIFICILMENTE VAI SAIR DESTA ESPIRAL CRESCENTE DE GASTOS, COM TENDÊNCIA EXPLOSIVA”.

Ana Carolina Maia

como você faz um contrato com um provedor: por procedimento, por cada item que pretende o consumidor, ou um pacote?

SERGIO RONDINO: Quando você fala em comportamento do segurado você se refere a quê?

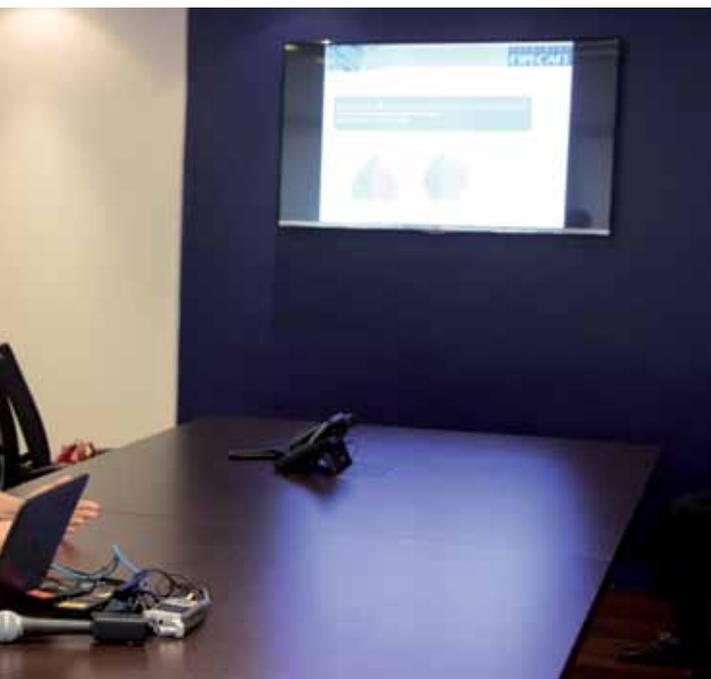
ANA CAROLINA: No caso do segurado, por exemplo, da atenção preventiva. Como eu otimizó as recomendações médicas de atenção preventiva. Em tese, eu não posso obrigar a pessoa a ter uma atenção preventiva. Mas eu preciso criar algum incentivo, porque senão ela vai adoecer e tudo se torna mais grave. Você pode estabelecer incentivos.

LUIZ JURANDIR: Tem uma rede brasileira que já faz isso. Liga para a pessoa e diz assim: “Você não quer vir aqui fazer uns exames?”

ANA CAROLINA: Essas coisas parecem ter um efeito. Há várias medidas. Na Inglaterra, por exemplo, ou em alguns sistemas como no Canadá, embora haja financiamento privado, são estabelecidas relações contratuais com o seu provedor. O médico de família, por exemplo. Ele tem uma carteira de pessoas e recebe um orçamento fechado. Ele faz o encaminhamento ao especialista. A lógica pode ser negocial.

LUIZ JURANDIR: Algumas UBSs fazem isso. Circulam pelo bairro e atendem as pessoas.

ANA CAROLINA: No SUS há alguns provedores que são públicos, os hospitais públicos, por exemplo, e os centros de atenção primária. Em tese eles são próprios, verti-



calizados, mas também compram serviços na rede privada. Temos provedores terceirizados. Os provedores privados são maioria, representam 60% da despesa com o SUS, se não me engano. Como se pode negociar? Por pacote, por serviço? Isso impacta o custo de maneira muito grande.

LUIZ JURANDIR: Temos, portanto, um longo caminho pela frente e vamos nos preparar agora. A nossa preocupação é porque a nossa tradição republicana não é pensar no longo prazo. Temos que mudar.

ROBERTO MACEDO: Eu tenho abordado a questão da longevidade na área de finanças pessoais. A literatura sobre o assunto está mudando. Antigamente se falava muito em planejar para a aposentadoria.



Agora se fala sobre planejamento para a longevidade. É possível ter várias aposentadorias numa sequência de carreira. Temos a terceira idade a partir dos 65 anos e já se fala em quarta idade. Quando chego na casa dos meus pais eu vejo. A tendência era que a qualidade da saúde se deteriorava e a pessoa morria lá pelos 80 anos. Agora, o perfil é quase um retângulo invertido. A pessoa vai até os 100. Isso aconteceu com a minha mãe. Ela teve alguns problemas e superou. Até consultei o geriatra dela. Qual é a perspectiva dela? Ela vai morrer de velha. Você tem que tomar cuidado com queda e pneumonia - e foi a pneumonia que a levou, com 102 anos.

Hoje se fala muito em expectativa de vida. Mas as pessoas confundem a perspectiva de vida ao nascer com a perspectiva de vida já na idade onde você chegou. No Valor Econômico do dia 21 de outubro passado havia uma matéria assim: "No Nordeste, 19 cidades não terão aposentados". Porque nessas cidades a expectativa de vida ao nascer é de 65 anos. Estão fazendo reportagem sobre aposentadoria de bebê, e não com base na idade em que a pessoa vai chegar. É um erro grosseiro. Quem tinha 65 anos em 1980, tinha expectativa de viver até os 75 anos se homem e até os 77 se mulher. Em 2014, no IBGE, a expectativa do homem é de 80 e da mulher 84.

Então, a lei de aposentadoria continua a mesma, o que causa um problema, porque as pessoas vão vivendo mais. Isso é a base para você justificar a mudança de idade. Mas isso não passa na TV. O pessoal fica discutindo a aposentadoria de bebê. A longevidade é tratada pelos



TEMOS A TERCEIRA IDADE A PARTIR DOS 65 ANOS E JÁ SE FALA EM QUARTA IDADE. QUANDO CHEGO NA CASA DOS MEUS PAIS EU VEJO. A TENDÊNCIA ERA QUE A QUALIDADE DA SAÚDE SE DETERIORAVA E A PESSOA MORRIA LÁ PELOS 80 ANOS. AGORA, O PERFIL É QUASE UM RETÂNGULO INVERTIDO. A PESSOA VAI ATÉ OS 100. ISSO ACONTECEU COM A MINHA MÃE”.

Roberto Macedo

seus riscos. Peguei aqui uma lista de riscos. São riscos com base em um estudo da Sociedade de Atuária dos Estados Unidos. Primeiro: a inflação não coberta de forma satisfatória por reajuste de rendimento, como está acontecendo agora com o funcionalismo público, especialmente na USP. Segundo: a própria longevidade pode durar mais do que os recursos disponíveis. São esses planos de aposentadoria vitalícia. Terceiro: taxas de juro em queda afetando negativamente o regime financeiro, o que vem ocorrendo nos Estados Unidos e na Europa e é uma das bandeiras do Trump, que já disse que vai aumentar os juros para favorecer o plano de aposentadoria dos idosos. Quarto: mercado de ações com mau desempenho. Aqui no Brasil é um desastre, quem entra no PGBL e opta pelo mercado acionário fica muito abaixo do CDI. Quinto: interrupção do rendimento de um plano de aposentadoria sustentado por empresa que faliu, que é o que aconteceu no caso da Varig. Sexto: dificuldade de obter emprego adicional para superar a carência de renda. Tem muita gente que volta a trabalhar - a chamada desaposentação, que agora foi vetada. Sétimo: políticas governamentais com impactos no rendimento, como ocorre com os servidores públicos brasileiros, em particular os municipais e estaduais em razão dos reajustes insatisfatórios. Oitavo: necessidade e custos imprevistos de assistência médica. Nono: ausência de acomodações confortáveis e de cuidadores. Décimo: perda da capacidade de viver independentemente. Alguém já pensou nisso? Quem vai cuidar? Décimo-primeiro: mudanças nas necessidades habitacionais. Décimo-segundo: morte do cônjuge e outras mudanças na situação conjugal. Décimo-terceiro: necessidades inesperadas dos membros das famílias, porque os filhos estão sempre carentes de alguma coisa. Décimo-quar-



to: maus conselhos. Décimo-quinto: fraudes e roubos afetando idosos. Isso eu sei que é grave. Eles pegam os cartões dos aposentados. Eu vou contar outro caso de um filho que se divorciou, não pagou a pensão e pela lei é uma dívida ascendente, o pai tem que pagar.

Na casa de minha mãe, no fim da vida dela havia uma microempresa. Tinha cinco empregados: três cuidadoras, uma folguista e a empregada que cuida da casa. No fim, tinha uma conta de R\$ 15 mil por mês, mas eram sete filhos e, no sentido financeiro, como se diz em Minas, três “vingaram” e pagavam as contas. Mas a política anterior era de ter mais filhos. Quando eu era jovem eu levei tempo para entender o caso de uma senhora que tinha 15 filhos e dizia que filho era dinheiro a juros. Ela não tinha PGBL e fazia filhos. Mas agora, com dois ou apenas um, e com a probabilidade de um não vingar, como é que fica? É bom nem pensar muito nisso.

ANA CAROLINA: Nos Estados Unidos eles vendem a casa e tem que entregar a casa quando se aposentam. E aí conseguem garantir renda.

ROBERTO MACEDO: Mas lá a casa própria é um ativo para a aposentadoria. Criaram um ne-gócio chamado hipoteca revertida. Ao invés de você comprar a casa você vende a casa para o banco e ele paga a prestação.

ANA CAROLINA: É um sistema que se sustenta até o fim. É um produto.

LUIZ ALBERTO MACHADO: Nessas



discussões que aparecem sobre a previdência, historicamente existe uma discussão da transformação do sistema de repartição para um sistema de capitalização. Isso ainda está sendo

considerado nas discussões? Vocês veem viabilidade para isso? É só parcialmente como no Chile ou é geral?

ANA CAROLINA: Na última vez que estive nos Estados Unidos, conheci os *fundings* que misturam o mutualismo com a acumulação. Parece ser uma tendência. Porque o mutualismo puro é público. Só é possível implementá-lo porque é público. Mas no sistema privado é um mix. Foi isso o que vi, como tendência.

LUIZ JURANDIR: É que há um estoque muito grande de pessoas que não acumularam. Esse estoque não pode ser jogado. Está lá. Não acumularam.



NÓS TEMOS UMA ESCALA CONTINENTAL, TEMOS QUE PENSAR NUM CONTINENTE. NO CASO BRASILEIRO, NOSSA RENDA MÉDIA É MUITO BAIXA. TEMOS AQUELA MALDIÇÃO DA RENDA MÉDIA. É MUITO DIFÍCIL CRIAR MECANISMOS PARA A ECONOMIA BRASILEIRA AUMENTAR A RENDA. A BUROCRACIA, OS CUSTOS, A FALTA DE EDUCAÇÃO... A RENDA, SENDO MUITO BAIXA, NÃO SOBRA PARA CRIAR POUPANÇA”.

Luiz Jurandir

ANA CAROLINA: E a alternativa regulatória vai permitir isso.

LUIZ ALBERTO MACHADO: No Chile eles radicalizaram e depois voltaram atrás.

LUIZ JURANDIR: Mas o Chile é um país que tem uma escala menor. Nós temos uma escala continental, temos que pensar num continente. No caso brasileiro, nossa renda média é muito baixa. Temos aquela maldição da renda média. É muito difícil criar mecanismos para a economia brasileira aumentar a renda. A burocracia, os custos, a falta de educação... A renda, sendo muito baixa, não sobra para criar poupança. Então, temos que resolver nossos gargalos, que são muito e simultâneos.

ANA CAROLINA: E a queda da taxa real de juros tem a ver com o envelhecimento. Isso está bem demonstrado no mundo inteiro.

RUBENS FIGUEIREDO: As discussões no Brasil vêm muito em ondas: ficam na moda e saem. Não faz muito tempo a gente tinha aquela história do bônus demográfico. O Brasil estaria vivendo um período de ouro na medida em que uma grande quantidade de pessoas estaria produzindo. Essa “barriga” foi subindo e hoje nós temos uma expectativa muito ruim. Não aproveitamos nada desse bônus? Vou fazer uma observação referente às escolas para o ensino básico. Além do planejamento que a gente é incapaz de fazer, os administradores não têm na cabeça a ideia de um passado que não existe mais, fazendo escolas e coisas desse tipo?



ANA CAROLINA: Na educação a gente sabe que a fronteira está no ensino básico. A fronteira, em termos de capital humano, está em investir nessas crianças. O retorno que você tem quando investe em crianças de 0 a 6 anos é muito maior.

ALDA MARCO ANTONIO: O retorno é fan-



tástico. Mas a dificuldade de estender essa rede também é gigantesca. Uma creche é algo extraordinariamente difícil de ser construída. Ela tem que ter espaço pa-

ra a criança brincar, tem que ter grama, tem que ter terra, não pode ser no alto de um prédio. Uma creche média atende 120 crianças. Não é igual a uma escola para adolescentes, que atende 3 mil.

SERGIO RONDINO: Existem políticas públicas voltadas, por exemplo, para a prevenção dos problemas da velhice? Campanhas informando como prevenir doenças, por exemplo. Tem isso? A outra questão é essa que o Luiz Jurandir citou, da falta de qualificação, de funcionários preparados para o atendimento aos idosos. Cuidador é sempre assim, a família pega lá uma empregada doméstica, alguém que vai lá quebrar um galho. Temos políticas públicas voltadas para isso nos Estados, nos municípios?

LUIZ JURANDIR: A falta de qualificação de profissionais é um fenômeno nacional. Em qualquer setor você vai encontrar pessoas que não estão preparadas.

ANA CAROLINA: No cuidado de longa permanência, que é esse que você está falando, quando o idoso precisa de atenção quase constante, o Brasil é um dos países que se destacam porque ela se dá em âmbito familiar. Porque normalmente essa atenção é financiada por profissionais. Ou via governo - o *medicare*, como acontece nos Estados Unidos - que oferece esse tipo de atendimento, e algumas seguradoras têm. No Brasil, é familiar. O que é um problema, porque a gente não tem renda.

LUIZ JURANDIR: Hoje as famílias têm um ou dois filhos. Essa lógica não vai durar. Daqui a alguns anos vão ter um filho só.

SERGIO RONDINO: Outra questão: nos Estados Unidos, cuidar do idoso é um negócio crescente. E vejo que lá, por outro lado, há muitos idosos trabalhando em funções simples, como caixas ou mesmo empacotadores nos supermercados. Aqui no Brasil não há cultura de contratação de idosos. É o contrário. Passou dos 50 anos, ganha um relóginho, um tapinha nas costas e tchau. Minha pergunta é: há uma solução? Dá para pregar uma política pública nesse sentido? Por que os nossos políticos não pensam nisso?

LUIZ ALBERTO MACHADO: Nós temos um caso particular, no Brasil, que pelo menos aparentemente está sendo um sucesso, que é o plano de saúde Prevent Sênior. Tem muito a ver

A QUESTÃO DA MOBILIDADE DE IDOSOS ESTÁ LIGADA À QUANTIDADE DE QUEDAS QUE LEVAM. TAMBÉM ESTAMOS SENDO INEFICIENTES ATÉ NISSO. A CIDADE NÃO É FEITA NEM PARA DEFICIENTES, NEM PARAS IDOSOS. HOJE EXISTEM POLÍTICAS PARA OS DEFICIENTES, MAS NINGUÉM LEMBRA QUE A CIDADE TAMBÉM GERA DEFICIÊNCIAS”.

Sérgio Rondino

com isso aqui, não tem? Eles estão crescendo muito. Enquanto grande parte das empresas de saúde está enfrentando dificuldades, essa está crescendo a olhos vistos.

ANA CAROLINA: É uma operadora, só que ela é focada. Acho que vai haver uma mudança na sociedade, mas vai ter que ser incentivada por políticas públicas.

SERGIO RONDINO: Outro aspecto: a deputada Mara Gabrilli esteve aqui falando de acessibilidade, de pessoas com deficiência, e lembrou que a questão da mobilidade de idosos está ligada à quantidade de quedas que levam. Também estamos sendo ineficientes até nisso. A cidade não é feita nem para deficientes, nem para idosos. Hoje existem políticas para os deficientes, mas ninguém lembra que a cidade também gera deficiências.

LUIZ JURANDIR: O grande dilema nacional é ter um corpo burocrático qualificado para entender essa questão na saúde, educação, cuidar do idoso, da criança. É necessário ter uma massa de pessoas altamente qualificadas, uma rede espalhada no Brasil inteiro, cuidando disso. Não temos essa rede. Temos alguns bairros onde isso funciona. No meu bairro funciona bem, porque é plano. São pequenas Ilhas. Mas nacionalmente não temos uma rede de profissionais em larga escala.

SERGIO RONDINO: Eu gostaria de encerrar agradecendo a todos vocês e especialmente aos professores Jurandir e Ana Carolina pela participação neste evento do Espaço Democrático. Muito obrigado.



Presidente

Guilherme Afif

1º Vice-presidente

Vilmar Rocha

2º Vice-presidente

Diretor de Relações Internacionais

Alfredo Cotait Neto

Secretária

Alda Marco Antonio

Diretor Superintendente

João Francisco Aprá

Conselho Superior de Orientação

Presidente - Gilberto Kassab

Guilherme Afif

Henrique Meirelles

Omar Aziz

Raimundo Colombo

Otto Alencar

Claudio Lembo

Ricardo Patah

Vilmar Rocha

Guilherme Campos

Robinson Faria



Fundação para Estudos e Formação Política do PSD

ENCONTROS DEMOCRÁTICOS - Coleção 2016 - "Longevidade"

ESPAÇO DEMOCRÁTICO - Site: www.espacodemocratico.org.br Facebook: **EspacoDemocraticoPSD** Twitter: **@espdemocratico**

Coordenação - Scriptum Comunicação - Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)

Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas



www.espacodemocratico.org.br