

puesta de bienes y su distribución, inevitablemente recurriendo a discriminación o focalización. El resultado es invariablemente desfavorable a los enfermos y a los añosos, pues los planificadores y economistas tenderán a privilegiar las edades que ocasionan menos costos.

En un intento de superar la dicotomía entre equidad universal y exigencias contextuales de necesidades, los autores recurren con toda pertinencia a la ética de protección, un concepto íntimamente ligado a la vulnerabilidad del ser humano y a las susceptibilidades de ciertos grupos humanos³. La ética de protección identifica los beneficios protectivos requeridos por poblaciones susceptibles (vulneradas o dañadas) y valida las políticas públicas diseñadas específicamente para enfrentar las privaciones de estos grupos. La protección no desarrolla un criterio de justicia distributiva, la presupone. Por ende, postular una ética de protección para grupos sociales senescentes ya implica haber diseñado un esquema de justicia distributiva que considera la equidad de atender a las necesidades de los añosos, aun cuando ello tense los recursos programados para otros grupos sociales. Si Ribeiro & Schramm proponen “*alguna forma de frugalidad consensualmente aceptable por todas las personas razonables*”, están ofreciendo una de dos alternativas: una restricción universal de recursos en el espíritu de la justicia en ecuanimidad, o una frugalidad centrada en la edad propecta.

La segunda alternativa, de frugalidad focalizada como también la sugiere Callahan, no es compatible con la ética de protección, debido a que las restricciones de los programas sanitarios serán discriminatorias contra los más ancianos, lo que atenta contra el postulado de la protección que requiere ser igualmente beneficiosa (e igualmente arriesgada) para todos los miembros de la población involucrada. Una ética de protección que propone frugalidad frente a las necesidades de los viejos no es protectora, sino utilitarista. Y el utilitarismo solo será moralmente aceptable en la medida que tengan fundamentos éticos plausibles y convincentes para los afectados y en tanto encare políticas geriátricas y gerontológicas coherentes entre sí. El objetivo final de una bioética para la tercera edad es paliar y reducir padecimientos, lo cual no necesariamente se alcanza por el camino de los recursos sanitarios ilimitados, mas tampoco a través de restringir atención médica sin abrir el debate a nuevos horizontes.

1. Arnesen TM, Norheim OE. Quantifying quality of life for economic analysis time out for time trade off. *MH Online Medical Humanities* 2003; 29:81-6.

2. Hurley J. Ethics, economics, and public financing of health care. *J Med Ethics* 2001; 27:234-9.
3. Kottow M. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* 2003; 17:460-71.

Renato Veras

Instituto de Medicina Social/Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. veras@uerj.br

A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos

Apesar do rápido processo de transição demográfica, muitos ainda pensam que somos um país de jovens. Ainda não é clara a percepção social de que o Brasil está envelhecendo aceleradamente, com projeções indicando que já em 2020 teremos a sexta maior população idosa do mundo, correspondendo a 32 milhões de pessoas. Quando verificamos fatos que mereceram de forma recorrente grande espaço na imprensa brasileira na última década, como por exemplo, em 1992, o movimento intitulado “*a luta pelos 147% dos aposentados*”, ou as 102 mortes de idosos, em 1996, ocorridas na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, ou a recente regulamentação dos Planos de Saúde e a criação da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS), notamos que estes acontecimentos não são associados à ampliação numérica do grupo etário dos idosos e às suas conseqüentes transformações no interior da sociedade.

Um exame mais atento do envelhecimento humano indica que seus efeitos são muito maiores e mais profundos do que se imaginava. O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Tem ocorrido de forma muito rápida e intensa nos países em desenvolvimento, gerando preocupações quanto às suas repercussões em ambiente de pobreza por acarretarem pressões para transferência de recursos na sociedade, colocando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias. Portanto, esse crescimento não se expressa apenas no maior número de velhinhos andando no calçadão de Copacabana, mas em uma mudança substancial nas áreas da saúde e previdência, na organização dos espaços urbanos, em uma nova estruturação do mercado de trabalho e mesmo na vida familiar.

O grande mérito do artigo de Carlos Dimas Ribeiro & Fermin Roland Schramm é colocar em debate um dos importantes dogmas do sistema de saúde no Brasil, que é a universalidade do sistema, ou seja, que o sistema deve fornecer todos os serviços disponíveis a todos que

precisem e, portanto, deve haver um mecanismo que dê conta de financiar todas as demandas. Em uma sociedade tão heterogênea e desigual como a nossa, na qual diferentes doutrinas, valores e princípios morais se fazem presentes, as necessidades são obviamente diferenciadas e, por conseguinte, a alocação de recursos ou a justiça sanitária do direito à saúde deve ser balizada por outros critérios, como o de poder decidir o que fornecer e para quem. Segundo os autores do artigo, esta percepção da complexidade da sociedade tem contribuído para florescer uma “cultura dos limites”. Em outras palavras, é cada vez mais aceito o fato de os recursos para o financiamento do sistema de saúde, quer públicos ou privados, em qualquer país do mundo, serem escassos e finitos e as demandas crescentes.

No Brasil esta situação se agrava devido à rápida explosão demográfica do grupo etário dos idosos e ao fato de o sistema de saúde atual ter sido concebido para atender à demanda da saúde materno-infantil, razão pela qual não responde satisfatoriamente às exigências resultantes do envelhecimento populacional. Essa mudança demográfica leva a um aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ampliando os seus custos, em consequência da elevação da utilização de serviços, de medicamentos e de tecnologias caras e complexas. Além do impacto econômico, são incalculáveis as repercussões individuais, familiares e sociais em uma sociedade em processo de envelhecimento.

O dilema para o gestor do sistema de saúde está dado no texto da *Constituição*, ao garantir a saúde como “*um direito de todos e um dever do Estado*”. A questão, portanto, é como se pode respeitar as leis “universalistas” frente à escassez de recursos disponíveis, o que leva a alguma forma de priorização, ou de “focalização” das ações. O suposto antagonismo entre universalização e focalização é trabalhado de forma correta e bastante didática no artigo, ao demonstrar que os conceitos devem ser integrados numa concepção dialética de justiça, entendida como “igualdade” de princípio e “focalização” de fato, o que corresponde a “justiça com equidade”.

Esta discussão é extremamente pertinente pelo fato de que apesar de a imensa maioria dos autores da saúde coletiva defender os princípios universalizantes do sistema de saúde brasileiro, todos sabem que os recursos tendem a ser cada vez mais escassos, que a ampliação das doenças crônicas, em consequência do aumento do número de idosos, será cada vez mais acentuada e, portanto, a única alternativa possível seria a redução dos desejos e

necessidades. Sabemos que defender esta tese é algo difícil para os profissionais de saúde, particularmente para quem lutou e conquistou os princípios que norteiam o capítulo da saúde na *Constituição* brasileira.

Desse modo, para não se passar uma proposta de retrocesso, ou não se colocar numa visão nihilista, creio que a saída deva ser travada no campo da substituição do paradigma biomédico por um paradigma ampliado e mais contemporâneo. Talvez o foco deva ser voltado para a discussão do modelo assistencial e em novas modalidades de cuidado, com vista a melhorar a qualidade do atendimento e diminuir os custos dos procedimentos. O modelo assistencial baseado na atuação de múltiplos especialistas, no uso intensivo de exames complementares e na estrutura hospitalar, está esgotado.

Quanto mais médicos, exames e intervenções, maior a probabilidade de iatrogenia e a conseqüente piora do quadro de saúde do usuário. O modelo de múltiplas escolhas não é apenas mais caro, mas também pior do ponto de vista da relação paciente-médico e da resolubilidade dos problemas de saúde. Torna-se necessário discutir o monitoramento das doenças crônicas, que pode ser visto como um dos instrumentos para um novo modelo. É sabido que uma pequena parcela de pacientes consome mais da metade dos recursos de todo o universo de usuários. Esses indivíduos, por estarem doentes no momento, ou acometidos por várias doenças crônicas, devem ter um acompanhamento diferenciado, pois suas doenças e seus custos fazem com que eles fujam do padrão dos demais usuários. A identificação e o cuidado pormenorizado desses pacientes não só aumentariam as chances de melhora de sua qualidade de vida como também reduziriam os custos.

Embora uma gestão mais eficiente leve, de fato, a uma redução de custos, monitorar e acompanhar um paciente de mais idade e com múltiplas patologias, de modo a impedir a evolução e a deterioração do quadro mórbido, nada mais é do que o exercício da boa e correta prática médica.

Os estudos vêm demonstrando que ações de saúde mais resolutivas devem constituir um eixo central na reformulação dos sistemas de saúde. Todas as práticas que consigam “frear” a cronificação de doenças e que impeçam ou diminuam a hospitalização trazem como resultado uma dupla conquista: controle da doença e redução de custos. Uma política de saúde de fato sintonizada com as demandas contemporâneas deve dar ênfase à manutenção da capacidade funcional e aos programas de preven-

ção, investindo em metodologias para a detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas e num sistema médico personalizado, entre outras medidas, em vez de, por inércia, seguir o modelo da demanda espontânea, que tem no hospital a peça central do sistema.

Com a emergência dos idosos, cresce a importância da internação domiciliar, dos centros de convivência, da ênfase a doenças de grande peso social, como os problemas cognitivos, ou de alta prevalência, como hipertensão e diabetes. Ou seja, a diminuição dos custos talvez só poderá ocorrer se houver uma mudança de paradigma. Para tal precisaremos requalificar os profissionais de saúde, que não estão plenamente habilitados para este novo desafio, que é o de monitorar, acompanhar, prevenir e reabilitar, em vez de apenas curar. As doenças crônicas exigem uma nova postura. Talvez esse seja um caminho a ser trilhado.

Sem discordar dos autores, talvez a frugalidade necessária deva ser o convencimento das autoridades de saúde, para que o sistema tenha como foco a tecnologia do conhecimento e da informação em lugar da tecnologia das máquinas. A indagação que alguns leitores podem estar fazendo, após a leitura do artigo de Ribeiro & Schramm, é como o setor de saúde no Brasil pode ser tão anacrônico e resistente a mudanças. A possível consequência desta defasagem certamente será a deterioração dos serviços de saúde nos próximos anos. A hora é de mudança e de sensibilizar os dirigentes mais atentos para a necessidade urgente de novos modelos.

da por sua combinação. Quando se discute políticas sociais, isto significa aumento do volume e/ou da eficiência dos gastos sociais, algum tipo de focalização ou as combinações possíveis dessas estratégias. Do ponto de vista moral, porém, a questão não é tão trivial assim. Como os recursos em algum momento são escassos, é preciso a definição de critérios para o atendimento das demandas. No campo da saúde, esses critérios dizem respeito a atendimentos que podem determinar a vida e a morte das pessoas.

Em vários países do mundo, mudanças na composição etária da população vêm acompanhadas por um aumento da demanda por tipos de assistência à saúde cujo custo é elevado. O artigo de Carlos Dimas Martins Ribeiro & Fermin Roland Schramm, discute o desafio imposto pelo envelhecimento populacional aos sistemas de saúde e propõe que “*alguma forma de frugalidade consensualmente aceitável por todas as pessoas razoáveis*” possa ser um dos fundamentos éticos de um projeto de justiça alocativa em saúde. Mas a chave deste argumento depende diretamente da definição do que venha a ser “*frugalidade consensualmente aceitável*”. É evidente que chegar a uma definição deste porte não é uma tarefa simples, pois implica definir os critérios com base nos quais as pessoas não mais receberiam atendimento dos sistemas públicos de saúde, por exemplo. Essa tarefa envolve, entre outras coisas, a capacidade de comparar, de modo consensualmente aceitável, o valor da saúde e da vida das pessoas, ou ainda lidar com questões valorativas sobre qualidade de vida, tal como proposto pelos primeiros filósofos utilitaristas na bioética.

Embora seja claro que os recursos, hoje, alocados em saúde não sejam muito diante da magnitude dos problemas a resolver, isso não quer dizer que esta limitação resulta de um consenso razoável, parecendo ser muito mais resultado de uma imposição de circunstâncias dificilmente consideradas justas sob uma perspectiva igualitarista. Na discussão mais recente sobre provisão de serviços sociais no Brasil, a necessidade de aumento do volume dos gastos sociais é apontada como sendo tão ou mais importante que sua focalização. Afinal, não há nada que assegure que políticas de saúde minimalistas seriam o consensualmente aceitável. Cabe perguntar, portanto, se *frugalidade* é um termo adequado para o debate. Frugal refere-se a consumo parco, que pode ser entendido em referência a um nível absoluto ou em relação ao consumo de outras pessoas ou grupos. Uma alocação consensual, seja qual for o meio utilizado para alcançá-la, não implicará neces-

Debora Diniz &
Marcelo Medeiros

Envelhecimento e alocação de recursos em saúde

*Feminist Approaches to
Bioethics Network/ANIS:
Instituto de Bioética,
Direitos Humanos
e Gênero, Brasília, Brasil.
UNDP International Poverty
Center/Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada,
Brasília, Brasil.
d.diniz@anis.org.br*

O artigo *A Necessária Frugalidade dos Idosos* trata de um assunto recorrente nas discussões sobre alocação de recursos públicos: o de como a provisão de bens e serviços aos beneficiários de políticas sociais deve responder a um aumento de demanda. Do ponto de vista estritamente econômico, a lógica para lidar com este problema é trivial. A maior demanda por parte de um grupo pode ser atendida pelo simples crescimento da oferta agregada, por uma redistribuição dos recursos existentes, ou ain-