

mero adicional de postos de trabalho necessários aos velhos trabalhadores estendendo sua participação juntamente com os novos trabalhadores que necessitam nele ingressar. Parece-me claro que soluções “de mercado” não darão conta destes dilemas, ao menos no sentido da construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

Nesse sentido, a necessidade de um pacto de solidariedade distributiva, tal como apresentado no texto de Kalache, extrapola em muito as questões específicas do envelhecimento populacional, embora certamente deva contemplá-las.

O maior desafio, talvez, seja o de compatibilizar uma concepção abrangente de justiça social incluyente que possa ao mesmo tempo dar conta das especificidades de certas comunidades mais vulneráveis – entre elas as dos mais idosos dentre uma dada população. A combinação de uma política geral que parte de princípios éticos abrangentes com alguns programas de intervenção que contemplam situações de maior vulnerabilidade pode ser o caminho para uma resposta a esse impasse aparente. Parece-me que é exatamente esse o desenho da política de saúde brasileira, a completar vinte anos, que parte de um princípio constitucional – saúde como direito de todos e dever do Estado – materializado num sistema nacional de saúde que se pressupõe universal e integral, mas que nem por isso descuidou de intervenções específicas (como o programa nacional de HIV/AIDS, ou ainda na esfera da saúde mental, para ficarmos em apenas dois exemplos) para dar conta de certas necessidades específicas.

Concluindo, me parece que, com todos os seus defeitos e problemas, a trajetória histórica de nosso SUS indica um possível caminho a ser trilhado no desenho de um tal pacto de solidariedade social, tal como apontado no texto de Kalache.

Sejamos realistas: desejemos o impossível.

O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social

The world is ageing: create a pact of social solidarity is an imperative

*Renato Maia Guimarães*³

O texto de Alexandre Kalache expõe com clareza alguns importantes aspectos do envelhecimento populacional. Os mais pessimistas ficarão alarmados e o qualificarão como descrição de um naufrágio programado. Contudo, a verdadeira ameaça não é o aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, do número de idosos: é a redução da esperança de vida na África sub-sahariana em decorrência da SIDA/AIDS ou ainda na Rússia pós-comunismo. Reconheça-se que o panorama demográfico que começa a se delinear demanda reflexão. O país eternamente jovem ficou para trás: surge no horizonte o país maduro. Curiosamente, o “mundo velho” demanda “postura nova”. No momento em que a geração 68 vislumbra o universo da velhice, espera-se que o “é proibido proibir” dos anos sessenta seja agora renovado, em momentos distinto e diverso, como demanda por um pacto para um mundo que envelhece.

A esperança de vida é um indicador de desigualdade. Até os anos trinta do século passado, a esperança de vida era diretamente proporcional ao produto interno bruto dos países. A partir de então, passou a haver uma indisciplina da “longevidade”, com resultados evidentes a partir da década de setenta. Velhice deixou de ser apanágio de país rico, passando a constituir fenômeno também dos países em desenvolvimento. Os Estados Unidos têm uma das maiores rendas *per capita* do mundo, mas têm esperança de vida inferior à da pobre vizinha, Cuba, ou ainda das alegres e menos ricas Grécia e Espanha. Aparentemente, após atingir-se o patamar de cerca de US\$ 3.000,00 *per capita*, a esperança de vida dos países deixa de ser influenciada apenas pela renda bruta e se associa à equidade na distribuição da riqueza. A Flórida é mais rica, mas apresenta profunda desigualdade na divisão de renda quando comparada a Cuba, pobre mas não tão desigual. O Japão

³ International Association of Gerontology and Geriatrics. remaig@phoneplus.com.br

e a Suécia estão no topo da esperança de vida não apenas pela renda bruta, mas pela mais justa distribuição da riqueza. Michael Marmot apresenta inúmeras evidências do impacto social na saúde e na mortalidade, qualificando-o como “gradiente social”. Dessa forma, a demanda por uma sociedade mais justa e com melhor distribuição de renda é um pré-requisito para que “viver mais e melhor” seja direito de todos e não apenas dos que habitam o topo da pirâmide social. Kalache está certo ao pedir um pacto.

Diz-se com malícia que, quando o governo de Bismark estipulou em 65 anos a idade para a aposentadoria, não o fez por recomendação de qualquer cientista social ou demógrafo, mas sim por saber que poucos sobreviveriam até a idade adotada como referência. Este ou qualquer outro argumento não desqualifica a importância daquela ação de política social. Muitos países, entre eles o Brasil, a despeito da revolução demográfica e do aumento da esperança de vida, não ousaram adotar a referência de Bismark, como se persistíssemos um país da “morte Severina”, onde se morre de velhice aos trinta. O percentual de belgas que trabalham após os 58 anos é mínimo. No Brasil, existem oito vezes mais aposentados antes de 65 anos do que pessoas com mais de 75 anos recebendo aposentadoria. É necessário aprimorar a política de aposentadoria fugindo da visão economicista de plantão, que tem na ponta da língua o tamanho do déficit público. A despeito de imperfeições, reconheça-se que o aprimoramento da aposentadoria no Brasil nos últimos anos possibilitou, segundo pesquisa divulgada pela Fundação Getúlio Vargas, aumento de cerca de 10% do número de idosos que qualificam sua saúde como boa. A internação hospitalar caiu em igual percentual. Não se propõe que o benefício da aposentadoria seja concedido somente a quem esteja prestes a perder o benefício da vida, nem tampouco concedê-lo aos “novos jovens” de 50 anos, como se a aposentadoria fosse um “feriadão” a ser vivenciado com dinheiro no bolso. Rever a política de aposentadoria não deve ser encarado como simples discussão da idade mínima para aposentar-se, mas também assumir que privilégios não cabem, que é inoportuno pretender premiar os mais espertos quando o objetivo é garantir o bem-estar de todos num período de maior vulnerabilidade da vida. Também aqui cabe o clamor por um pacto social.

Olhar para a saúde dos velhos apenas no momento em que se amontoam nas salas de espera dos poucos ambulatorios que têm sala de espera é um convite ao erro. A saúde é um capital

construído ao longo da vida, desde a gestação, no qual são feitos investimentos e saques. O maior investimento é a educação, sem dúvida o grande pilar da vida de todos e o mais importante promotor de saúde e longevidade. O maior saque é a ignorância individual ou coletiva. Ao nível do indivíduo, prepondera a ignorância associada à baixa educação, às crenças em relação à própria saúde, ao deslocamento do “lôcus de controle” de sua saúde para Deus, para o destino ou até mesmo médicos, na vã esperança de que a capacitação técnica dos doutores poderá fazer mais pelo enfermo do que seu comportamento no dia-a-dia: na alimentação, no sedentarismo, nos abusos de álcool e tabaco. Entre os saques da ignorância coletiva, há que se colocar a incapacidade do poder público de entender que saúde não implica apenas mais hospitais e remédios, mas também a educação para a saúde, a prevenção, o controle dos fatores de risco e a preservação do meio ambiente. Assim, as doenças crônicas são “construídas” ao longo dos anos, transformando-se num tributo a ser pago por quem envelhece. Mantendo uma tradição amarga, no Brasil o peso será maior para aquele que não teve acesso a medicamento para hipertensão ou diabetes do que para o outro com bom nível educacional e que pode ser beneficiado pelos avanços da medicina. Concordo também com Kalache quando se coloca em foco a doença mental. Até então a doença mental tem atraído relativamente pouca atenção ao nível da saúde comunitária, como se uma infecção bacteriana, para qual existe tratamento, fosse mais importante do que a demência, transtorno que atinge cerca de um milhão de brasileiros, e para o qual inexistente remédio. Ignorar que os riscos de dano ao cérebro aumentam com a idade implica desconhecer as conseqüências deste fato. O cuidado do velho com doença de Alzheimer, por exemplo, está quase que relegado às famílias, com se ao poder público não coubessem responsabilidades. Kalache, contudo, enfatiza a importância da depressão, o que me leva uma vez mais a apoiá-lo. Chamem-na doença do século ou doença da sociedade moderna, mas o que importa é o impacto negativo no indivíduo, fruto do sofrimento psíquico, ou na sociedade, por dias perdidos de trabalho e custos para os sistemas de saúde e previdência. Um fator de amplificação deste impacto decorre do não diagnóstico e conseqüentemente do não tratamento. Um grande número de idosos, que atrevo a estipular em milhão, apresentam sintomas importantes de depressão, mas têm suas queixas encaradas como expressão da velhice ou de sen-

timentos apropriados para quem está doente e tem a vida marcada por perdas. Nada mais equívoco. O reconhecimento e o correto tratamento da depressão em idosos é a alternativa mais acessível e rápida, para melhorar a qualidade de vida de milhares de pessoas.

Concordo com a proposta da criação de um pacto social relativo ao envelhecimento. Na realidade brasileira, este pacto tem características próprias, pois implica também um pacto de cidadania, de inclusão e de respeito às leis, como aquelas aplicáveis aos idosos e que servem apenas para enfeitar discursos vazios dos sócios do poder.

O autor responde

The author replies

Convidamos três reconhecidos e produtivos pesquisadores para debater o texto de Alexandre Kalache, cada um destes, autoridades em seus campos de atuação: Políticas de Saúde e Planejamento, no caso de Ligia Bahia; a Geriatria, para Renato Maia Guimarães, e Práticas em Saúde Coletiva para Kenneth Camargo. Os debatedores identificaram muito bem os desafios gerados pelo envelhecimento populacional para a sociedade brasileira, particularmente para o campo da saúde pública.

Entre os principais aspectos de suas abordagens, destacamos os seguintes:

Segundo Ligia Bahia, as relações entre envelhecimento, proteção social e desenvolvimento econômico e social desautoriza a prescrição de soluções ingênuas para as dramáticas mudanças demográficas que ocorrem em todos os países

do mundo. As relações entre envelhecimento, trabalho, bem-estar social, saúde, inovação, mercado e estilo de vida e desenvolvimento devem se tornar ponto de pauta para todas as instituições brasileiras envolvidas com a investigação e execução de políticas públicas.

Renato Guimarães chama a atenção para a necessidade de aprimorar a política de aposentadoria, fugindo da visão economicista e reconhecendo-se que o aprimoramento da aposentadoria no Brasil nos últimos anos possibilitou um aumento dos indicadores de qualidade de vida entre idosos.

Kenneth Camargo reforça esta visão quando afirma que soluções de “mercado” não darão conta dos desafios, ao menos no sentido de construção de uma sociedade mais justa e fraterna. Kenneth Camargo ressalta que tais desafios são parte de um conjunto de dilemas que desafia a comunidade humana a pensar em qual sociedade queremos. O aumento na proporção de idosos na população é mais um agente estressor para um sistema de difícil equilíbrio.

De modo geral, os debatedores concordam com Kalache sobre a viabilidade da construção de um pacto de solidariedade internacional e intergeracional. No entanto, é necessário um aprofundamento na investigação das singularidades da situação brasileira, para subsidiar os fundamentos de um pacto nacional de solidariedade. Na realidade brasileira, segundo Renato Guimarães, este pacto implica outro pacto de cidadania, de inclusão e de respeito às leis que protegem os idosos.

Concordando com os debatedores, portanto, no nosso ponto de vista, os maiores desafios estão relacionados às desigualdades econômicas, sociais e culturais que envolvem as atuais e futuras gerações.