

Atuária e Gerontologia: uma relação intrínseca

A longevidade e os desafios da sustentabilidade da saúde, considerando os aspectos intergeracionais das famílias

*Cláudia Campestrini Pinto
Ruth Gelehrter da Costa Lopes*

**A ciência não se aprende
A ciência apreende
A ciência em si
A ciência não se ensina
A ciência insemina
A ciência em si
A ciência não avança
A ciência alcança
A ciência em si**

Música a Ciência em Si, Gilberto Gil, 1997

Desde o ensino fundamental era notável minha habilidade nas disciplinas que requeriam raciocínio lógico, como a matemática. Meu primeiro emprego foi em um escritório de consultoria atuarial. No primeiro dia, recebi um livrinho verde escuro que continha as regras de cálculo do benefício de aposentadoria por tempo de contribuição da Previdência Oficial. E assim, descobri a ciência que canalizou minha habilidade, em matemática, e o fim social que esta ciência proporciona à sociedade.



Em 1990 comecei os estudos na graduação de ciências atuarias na PUC-SP, com 20 alunos, e concluído em 1994 sendo eu a única aluna.

A ciência atuarial requer dedicação, sendo fundamentais os conhecimentos em matemática, matemática financeira, contabilidade, estatística, legislação, economia, demografia, finanças, teoria das probabilidades e do risco. Identifica e calcula os riscos, envolvidos nos segmentos de seguros, saúde e previdência social e privada.

A ciência atuarial moderna nasceu na Inglaterra no final da primeira metade do século XIX, e destinava-se às áreas de pensão e aposentadoria, basicamente com o objetivo de estudar a mortalidade da população. A profissão de Atuário

foi regulamentada no Brasil pelo Decreto nº 66.408 de 3 de abril de 1970, e reconhecida pelo MEC no mesmo ano, sendo esta a data comemorativa no calendário oficial do país.

Participei de comissões técnicas da Associação Brasileira dos Fundos de Pensão - ABRAPP e do Instituto Brasileiro de Atuária – IBA, contribuindo com meu conhecimento e pesquisa para o fomento e a sustentabilidade da previdência complementar no Brasil.

Descobri a gerontologia na minha gestão de vice-presidente do IBA, quando estava preparando o congresso dos atuários para 2012. Eu procurava um tema relativo às questões demográficas sobre a longevidade e envelhecimento, assuntos recorrentes no trabalho diário de um atuário, mas faltava uma análise mais profunda da mudança demográfica social, que até o momento não era apresentada e debatida. Pesquisando na internet sobre envelhecimento, achei essa ciência que, entrelaçada os conhecimentos de atuária na área dos fundos de pensão, muito pode colaborar nesta área específica.

É a partir dessa interlocução de conhecimentos que pretendo refletir e discutir, neste artigo de caráter teórico-reflexivo e abordagem quantitativa, a relação entre a questão da longevidade e os desafios da sustentabilidade da saúde privada, considerando os aspectos intergeracionais das famílias.

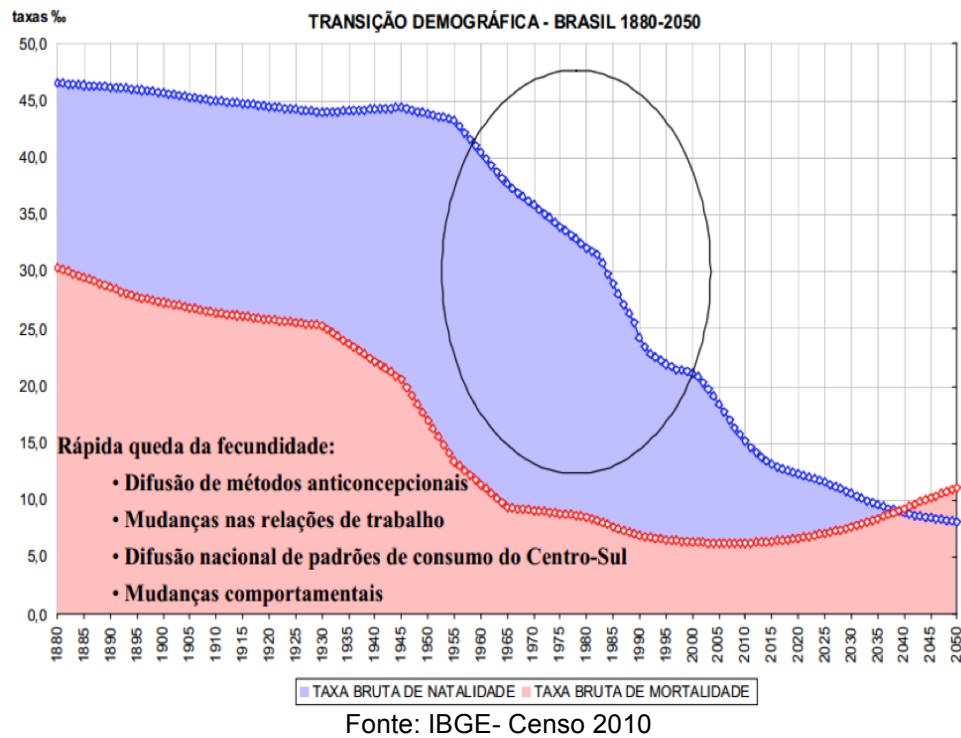
A Longevidade Contemporânea atingiu o Brasil

O fenômeno da longevidade da sociedade contemporânea, no século XXI, como pode ser visto no Japão, Europa, países desenvolvidos em geral, é hoje realidade também na sociedade brasileira engendrando, em apenas 3 décadas, um novo paradigma demográfico, o que na França, por exemplo, foi uma transição lenta e progressiva de demorou cerca de cem anos.

Esse novo paradigma demográfico é constituído por vários fatores:

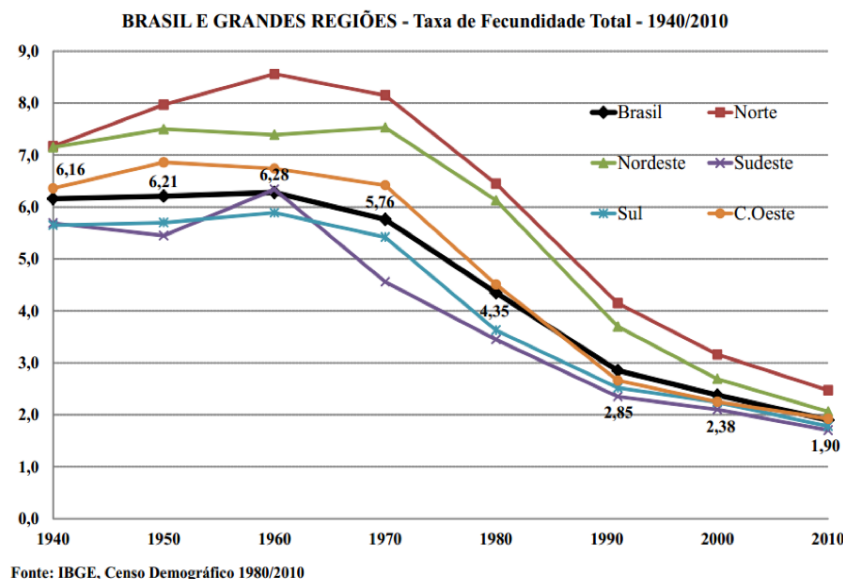
- Nova composição familiar, com apenas um único filho;
- Aumento da esperança de vida ao nascer;
- Diminuição do ritmo de crescimento da população e da força de trabalho, com consequente redução do número de contribuintes para a previdência social;
- O rápido crescimento das idades avançadas e mudanças na estrutura etária com o envelhecimento da população.

Observa-se que na nova composição familiar o desenvolvimento do papel social da mulher na sociedade e no mercado de trabalho com a opção de terem menos filhos. A redução da taxa de fecundidade por mulher no Brasil, em 1980 era de 4,3 crianças por mulher, segundo a Organização das Nações Unidas. Em 2014, essa taxa reduziu para apenas 1,77%, o que não é suficiente para cobrir o número de óbitos no país a cada ano. Podemos ver no gráfico 1 que a redução da fecundidade começa na década de 60, e perpassa pelos anos 80 e 90.



Com esse processo da redução da taxa de fecundidade, o país experimenta, necessariamente, uma transformação de sua estrutura etária alterando o formato da pirâmide populacional - um dos fenômenos sociais mais importantes da sociedade contemporânea - que acontece de forma sincrônica com o progresso das forças produtivas e o desenvolvimento econômico.

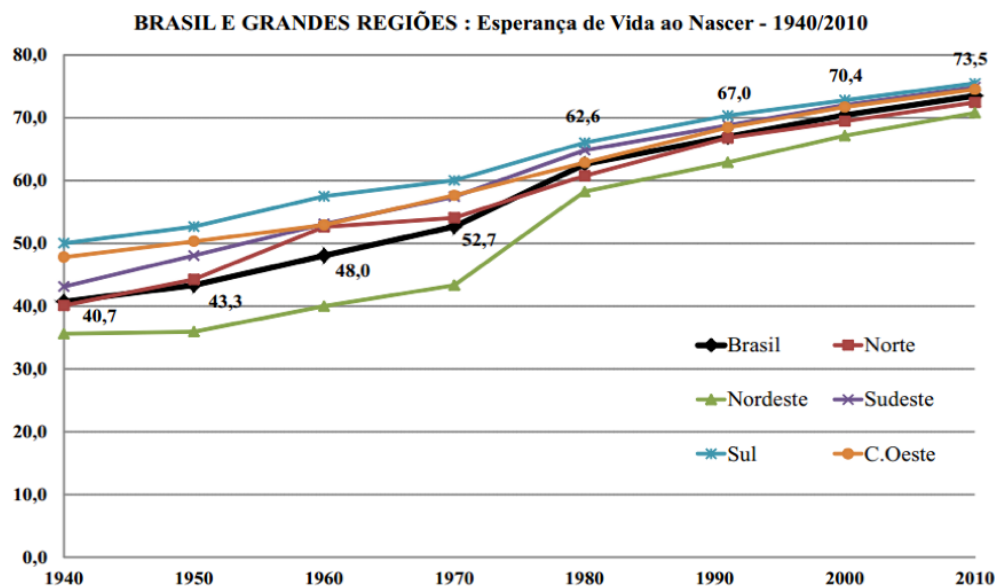
No gráfico 2 nota-se que a taxa de fecundidade se reduz quase a metade na década de 90, quando comparamos com a década de 80, o que é considerado muito rápido - apenas uma década para uma nação se preparar para uma nova composição familiar que afeta vários setores econômicos, familiares e previdenciários.



A queda nas taxas de mortalidade é decorrente da melhoria do padrão de vida, dos avanços da medicina e políticas de saúde. Em 1980 a expectativa aumentou de 62,4 para 74 anos em 2013. Aos 60 anos a sobrevivência que era de 16,6 anos passou para 23,1 anos, no mesmo período observado, segundo dados estatísticos do governo (IBGE).

No gráfico 3, sobre os índices de mortalidade brasileira, verifica-se a mesma tendência do aumento da expectativa de vida ao nascer em todas as regiões do Brasil.

Mortalidade



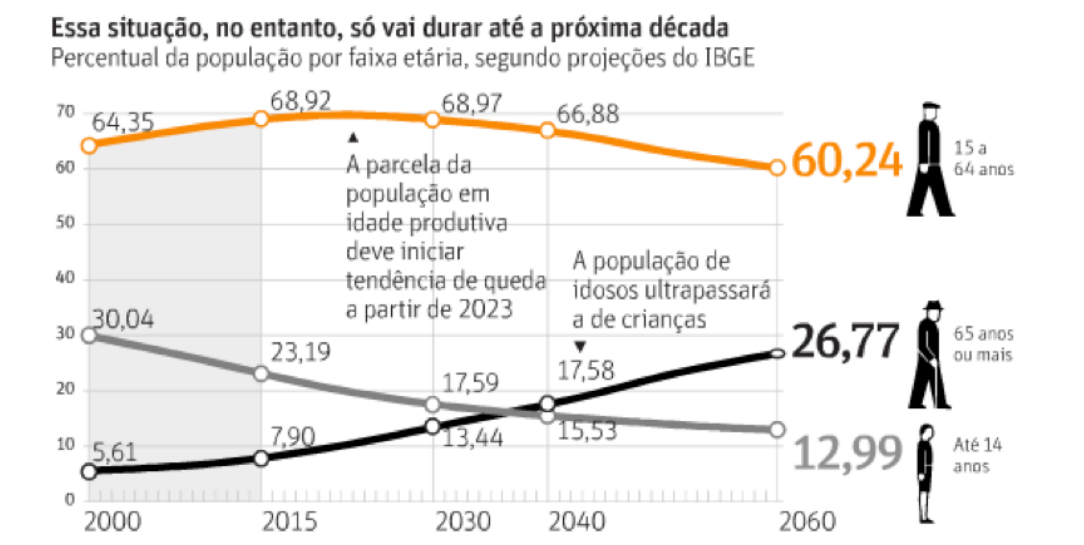
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e IBGE, Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - Revisão 2008

Outro fator importante é o bônus demográfico - representado pelo período em que há uma alta proporção de pessoas em idade potencialmente ativa e elevada proporção de adultos, relativamente à participação de crianças e idosos. Maior número de pessoas em idade ativa, favorecendo o desenvolvimento econômico proporcionando mais recursos para os investimentos e gastos sociais.

O bônus demográfico propicia mais reservas e aumento dos recursos disponíveis por indivíduo. No Brasil esse fenômeno atingirá seu pico entre os anos de 2022 e 2023, quando as razões de dependência voltarão a crescer e começará a ser fechada a janela de oportunidades demográficas. Para que o Brasil se beneficie deste período é imprescindível que se busque qualidade educacional, que sejam adotadas políticas adequadas de emprego, para que seja criado esse excedente econômico de fato, incorporando a população no mercado de trabalho, com a possibilidade de maiores investimentos em capital humano e de incremento da taxa bruta de capital fixo.

Em outras nações, como o Japão, China, Estados Unidos e a Europa, o bônus demográfico teve contribuição importante para recuperação dos países da crise econômica do pós-guerra, políticas públicas para a contenção do ritmo de queda da população economicamente ativa e a ampliação de geração de empregos.

De acordo com o último censo de 2010 do IBGE para cada 100 brasileiros, 69 estão em idade produtiva. Porém esse quadro só vai permanecer até a próxima década, como se observa no gráfico 4.



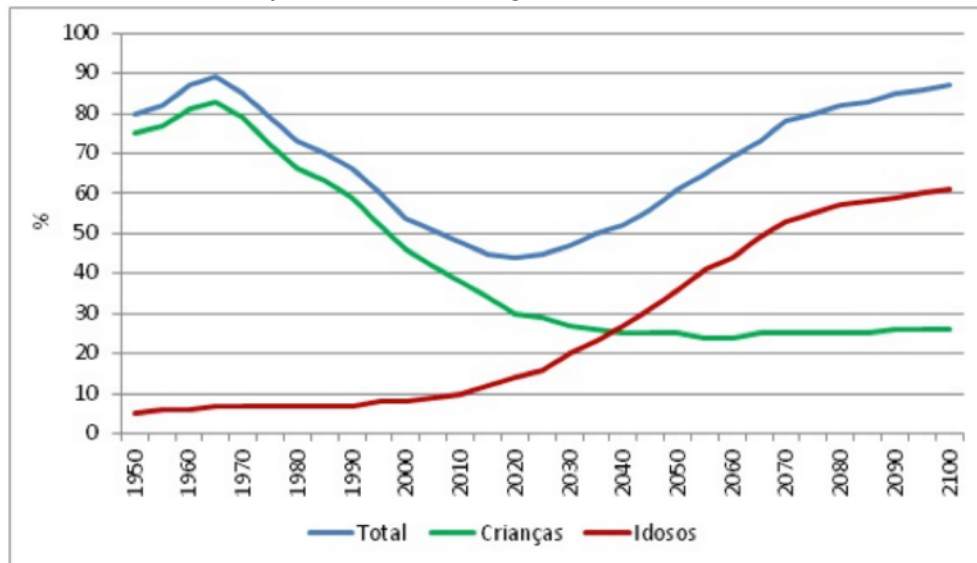
Estima-se que a partir de 2023 deve ter início a tendência de queda da população economicamente ativa, sendo que o número de idosos será maior, ultrapassando o número de crianças. Com este quadro, configura-se em mudanças da estrutura etária brasileira e na taxa de razão de dependência, outro ponto relevante para o financiamento da previdência social, no modelo orçamentário de repartição simples.

No primeiro momento dessa transformação, a base da pirâmide populacional se estreita, enquanto aumenta o peso relativo da população adulta. Após décadas de transformação da estrutura de idade, há um crescimento da população idosa, alternado o formato da pirâmide populacional, gerando alterações na razão de dependência demográfica entre os grupos populacionais predominantemente consumidores e os majoritariamente produtivos.

De acordo com dados do IBGE a taxa de razão de dependência é o peso da população considerada inativa, nas faixas etárias entre 0 a 14 anos e 65 anos e mais de idade, sobre a população economicamente ativa (PEA) (15 a 64 anos de idade). É utilizada para acompanhar a evolução do grau de dependência econômica da população, sinaliza o processo de envelhecimento populacional e ajuda a subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e da previdência social.

O Gráfico 5 mostra a razão de dependência no Brasil no período de 1950 a 2100. Verifica-se que, entre 1950 e 1970, houve aumento da percentagem do número de crianças entre 0 e 14 anos, comparada com a população adulta de 15 a 64 anos, elevando também a razão de dependência total. Em 1970, 90% das pessoas tinham idade para trabalhar. Na década de 60, já se observa a trajetória da queda da fecundidade, atingindo em 2015, aproximadamente 44%, ou seja, 44 pessoas dependentes para cada 100 pessoas em idade produtiva.

Razão de dependência demográfica no Brasil: 1950-2100



Fonte: World Population Prospects: The 2012. Revision, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Esse fenômeno é fundamental para o início do desenvolvimento econômico e social, como uma "janela de oportunidade" que requer políticas adequadas para que se alcance o bem-estar da população.

Porém, entre 2025 e 2030 a tendência é de redução do bônus demográfico e a relação entre consumidores e as pessoas produtivas. Portanto, em relação a previdência social quanto menor a média de idade dos beneficiários da previdência, mais curta será essa janela de oportunidade para o desenvolvimento do Brasil. Dessa forma, o país tem pouco tempo para aproveitar esse bônus - aumentar a produtividade, diminuir a pobreza e investir em infraestrutura econômica e social.

Aumento dos custos com a saúde

O rápido envelhecimento da população no Brasil abre um campo para a discussão contínua das formas de como lidar com essa complexa problemática do viver mais, indicando-se a necessidade do desenvolvimento nas ações de políticas públicas e privadas, de proteção específica aos idosos, especialmente quanto à questão da saúde, física e mental.

O fato é que o Brasil está envelhecendo rápido, acima da média internacional, segundo dados do estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015. A projeção para o ano de 2050 do número de idosos no mundo é de duplicar, enquanto que no Brasil será três vezes mais. Embora aqui, nas últimas décadas tenha avançado em políticas públicas preventivas de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando mais acesso à saúde para a população. O SUS é, no entanto, um sistema deficitário com muitos problemas, cujo gasto entre os governos federais, estaduais e municipais somam 47% do gasto total com saúde e que com o aumento do número de idosos, os problemas desse sistema fatalmente serão agravados.

Com a carência de atendimento à saúde por parte do governo, através do SUS, as famílias aderem a planos de saúde privados - serviços, produtos médicos farmacêuticos e hospitalares – comprometendo cerca de 56% do orçamento doméstico. Estes mesmos custos pressionam o orçamento das empresas, que oferecem planos de saúde para seus empregados.

Com os dados demográficos e as projeções futuras apontando para o maior número de idosos na população brasileira, a preocupação é de como se dará a sustentabilidade da saúde privada, considerando que o segmento idoso a utiliza com mais frequência - para a realização de exames preventivos e de controle, a medicalização de tratamentos de doenças crônicas e neoplasias. No Brasil 40% da população já apresenta alguma doença crônica, que somam 57 milhões de pessoas, que com maiores custos aumentam a pobreza no país.

O sistema de saúde no Brasil é financiado pelo regime de repartição orçamentária, ou seja, tendo seus custos estabelecidos por faixas etárias da população e baseado numa visão retrospectiva dos gastos médicos. Nesse método, observa-se que a população com idade mais avançada gasta mais com saúde, e essa tendência pressiona a inflação médica – considerando também que as mudanças tecnológicas que propiciam o avanço da medicina e do setor de farmacêuticos contribuem significativamente para a conta da saúde.

Assim, não podemos afirmar que o envelhecimento da população é responsável pelo aumento dos gastos de saúde. Segundo dados do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2015, p. 9), em alguns países desenvolvidos, os gastos com saúde se reduzem significativamente após 75 anos de idade. Esta redução é gerada por ações de cuidados de longo prazo (*long term care*) durante o processo de envelhecimento com foco na qualidade de vida.

Sustos e Possibilidades

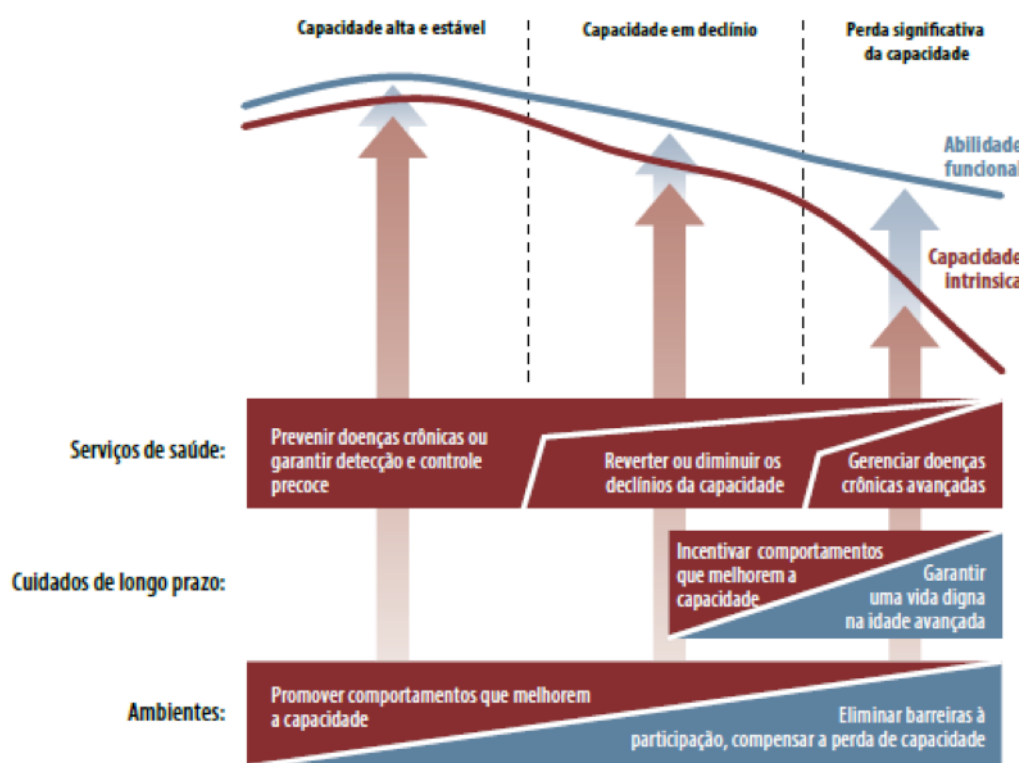
O envelhecimento apresenta grandes desafios a serem enfrentados, mas também abre um campo enorme de possibilidades ao desenvolvimento de novas políticas, mudanças no padrão biológico, perdas funcionais e desenvolvimento psicológico nas idades mais avançadas, num novo contexto social intergeracional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que a promoção do *Envelhecimento Saudável* deve ser elaborada como política pública, com novos sistemas de saúde que possam garantir o acesso aos serviços integrais a população com idades mais avançadas, proporcionando melhores resultados às pessoas e com um gasto menor do que com a saúde. Confere-se a seguir o conceito de *Envelhecimento Saudável*, segundo a OMS, 2015:

O *Envelhecimento Saudável*, portanto, não é definido por um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. Permanece relevante a cada adulto maior, uma vez que sua experiência de *Envelhecimento Saudável* pode sempre se tornar mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do *Envelhecimento Saudável* de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde acessíveis que otimizem a sua capacidade e se essas vivem em um ambiente de apoio.

Podemos ver na figura a seguir um exemplo de políticas públicas de saúde pública, durante o ciclo de vida para o *Envelhecimento Saudável*:

Fig. 2. Um quadro de saúde pública para o *Envelhecimento Saudável*: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida



Fonte: Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), Resumo, 2015.

Para a promoção do *Envelhecimento Saudável* as oportunidades para o desenvolvimento de ações que mantenham a capacidade funcional, conforme apresentado na figura 6, foram classificados grupos de indivíduos com

capacidade alta e estável, capacidade em declínio e perda significativa da capacidade, indicando a necessidade de políticas públicas de saúde com ações na perspectiva multissetorial, e enfoque em quatro segmentos:

- Formação de sistemas de saúde que atendam a grupos de idosos
- Desenvolvimento de sistemas de cuidados de longo prazo (*long term care*)
- Criar ambientes favoráveis aos idosos;
- Melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão.

A redefinição dos papéis dos setores público e privado é uma necessidade urgente para o atendimento à saúde. Países membros da OCDE França, Alemanha, Espanha, entre outros, vem discutindo uma nova regulação e atribuições dos setores público e privado na assistência à saúde. Quatro ações importantes a serem discutidas sobre esse tema:

- Desenvolvimento de novos métodos de financiamento privado para a saúde
- Criação de instrumentos financeiros para cobertura do envelhecimento da população
- O desenvolvimento de novos mecanismos de franquia e coparticipação dos usuários que solicitam serviços privados e públicos.
- Redefinição fiscal para quem não utiliza os serviços públicos de saúde.

No Brasil, temos o sistema de saúde oferecido pelo governo através do SUS, e na iniciativa privada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde, e tem como missão promover a defesa do interesse público, regular as operadoras de saúde e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. A primeira regulação do setor privado de saúde foi através da Lei nº 9.656 de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O avanço no processo de transição demográfica, o envelhecimento da população e a longevidade reverberam o pacto intergeracional no Brasil, com impactos no modelo atual de precificação e das regras de preço e dos reajustes dos planos de saúde relacionadas à faixa etária dos indivíduos. O preços dos planos regulamentados (2004) limitados a uma variação de no máximo 6 vezes entre o grupo etário mais velho (59 anos ou mais) e o mais jovem (0 a 18 anos), gera um aumento de preço de mais de 40% na última faixa etária, ou seja 59 anos ou mais.

A transferência líquida entre gerações depende tanto de diferenças no prêmio, quanto de diferenças no custo e o risco da sustentabilidade financeira das

operadoras de Planos de Saúde. Para discutir toda essa problemática existe um interesse mútuo entre empresários, trabalhadores e governo para que se desenvolvam políticas e que se promovam ações para o crescimento sustentável do setor.

Considerações

O aumento das demandas sociais e econômicas, com o envelhecimento populacional, exige políticas e programas que promovam a saúde, a participação do idoso na sociedade e as relações de intergeracionais. O envelhecimento constitui um desafio para o financiamento da saúde, sendo primordial que esse sistema permita acesso às pessoas para usufruir de todos os tipos de serviços de saúde, tais como: prevenção, tratamento, promoção e reabilitação, sem que o pagamento da contraprestação da saúde se torne um grande sacrifício financeiro.

De modo geral é fundamental que os países, inclusive o Brasil, ajustem continuamente seus sistemas de financiamento da saúde, se preparando, assim, para sua sustentabilidade, e que o pagamento da contraprestação não seja um sacrifício financeiro para o idoso e suas famílias.

O desenvolvimento de novas políticas nos setores público e/ou privado é uma discussão premente entre todos os atores desse sistema e que deve ser abordado em diferentes cenários, no âmbito social, com políticas Inter setoriais, para uma nova abordagem da saúde, prestação de serviços e cuidados, visando o *Envelhecimento Saudável*. Reduzindo os gastos com saúde e pressão da inflação médica pode contribuir para a transformação da nova sociedade longeva, dentro de um processo de formação de cidadãos ativos, com boa saúde, melhor capacidade funcional, que sejam respeitados em suas diversidades.

A relação intrínseca com a junção dos conhecimentos atuariais e da gerontologia, ciências que apresentam um objeto comum entre os dois saberes, podem trazer avanço no estudo do envelhecimento humano, com uma riqueza de conhecimento que poderá proporcionar maior interação envolvendo as problemáticas acerca do envelhecimento, abrindo um leque de novas ideias e oportunidades no campo das pesquisas e desenvolvimentos de novos estudos e políticas.

Vivemos em um mundo de números e cálculos, do relógio que verificamos ao acordar ao canal de televisão que desligamos antes de dormir. É difícil imaginar uma época sem números, mas não podemos nos esquecer de que estes não passam de ferramentas para nos ajudar nas decisões. Eles não têm alma. (BERNSTEIN, 1997)

Referências

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar www.ans.gov.br

AGEING IN EMERGING MARKETS, *Emerging Markets Symposium (EMS)* at Green Templeton College, Oxford, January, 2015. Disponível em: http://ems.gtc.ox.ac.uk/sites/ems.gtc.ox.ac.uk/files/AgeingEMS2015Report_0.pdf

BERNSTEIN, P. *Desafio aos Deuses: a Fascinante a do Risco*. Rio de Janeiro: ed. ELSEVIER/ALTA BOOKS, 1997.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - *Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação*, 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/mudanca_demografica/default_mudanca_demografica.shtm.

OMS, Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura universal, 2015. Disponível em: <http://docplayer.com.br/709146-Relatorio-mundial-da-saude-financiamento-dos-sistemas-de-saude-o-caminho-para-a-cobertura-universal-organizacao-mundial-da-saude.html>

OMS, Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde - Resumo, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

The World Health Statistics Series, World Health Organization, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

OCDE, Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individual and Health Systems. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>

Data de recebimento: 22/12/2016; Data de aceite: 18/02/2017

Cláudia Campestrini Pinto – Atuária (PUC-SP), Mestranda em Gerontologia Social – PUCSP. Pós-graduada em Finanças Corporativas/FGV/SP e Universidade de Chicago. Pós-graduada em Gestão de Pessoas/FGV/SP. E-mail: E-mail: campestrini.claudia@gmail.com

Ruth Gelehrter da Costa Lopes - Doutora em Saúde Pública-USP. Psicóloga. Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) no Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia, Curso de Psicologia e Supervisora na Clínica-escola “Ana Maria Poppovic”. Coordenadora do grupo de pesquisa certificado pelo CNPq: Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento-NEPE. Membro da Red Iberoamericana de Psicogerontologia (Redip). E-mail: ruthgclopes@pucsp.br