

Envelhecimento saudável: possibilidades e desafios do SUS

Dalia Romero

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde; Envelhecimento da População; Transição Epidemiológica

RESUMO

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população impõe cada vez mais desafios para o sistema de saúde brasileiro. Com a crescente expectativa de vida, o acelerado envelhecimento populacional e as mudanças no perfil de agravos que mais acometem a população, o sistema de saúde vê-se diante da necessidade de adaptação do modelo de atenção. No entanto, se o país já tinha problemas para consolidação do SUS num panorama financeiramente mais favorável, a situação se agrava ainda com os cortes de recursos e desvalorização da saúde pública numa perspectiva neoliberal. O subfinanciamento do sistema de saúde, a desestruturação da Atenção Básica e do modelo proativo de atenção à saúde vão em direção contrária às novas demandas que surgiram em razão das transições epidemiológica e demográfica. Tendo em vista este cenário, este trabalho apresenta, de forma exploratória, as principais possibilidades e desafios que o SUS enfrenta para se consolidar como forma eficiente de atenção à saúde da pessoa idosa no contexto atual. Os três principais eixos foram a identificação de modelos eficientes de organização dos serviços de saúde para lidar com os desafios do envelhecimento populacional e transição epidemiológica na literatura, seleção de indicadores de efetividade do SUS no manejo da saúde do idoso e análise dos impactos das principais medidas para a saúde adotadas a partir de 2016.

INTRODUÇÃO

Desde meados do Século XX o Brasil passa por um acelerado processo de transição demográfica. Isso significa que as quedas nas taxas de natalidade e mortalidade levaram a uma mudança na estrutura etária da população, que deixou de ser predominantemente jovem (PEREIRA, 2016). Em 2017 pessoas com 60 anos ou mais representavam 12,51%

da população brasileira, mas estimativas oficiais apontam que esse valor deve chegar a 29% em 2050. Esse processo, somado ao aumento da expectativa de vida, traz também novos desafios quanto à manutenção da funcionalidade e mudanças no perfil epidemiológico da população.

A longevidade é normalmente associada ao aumento dos gastos nas três áreas de seguridade social: previdência, saúde e assistência (WONG; CARVALHO, 2006). O aumento da proporção de idosos na população e a maior expectativa de vida, trazem como consequência o aumento do gasto previdenciário, fazendo necessário discutir maneiras de compatibilizá-lo com a necessidade de crescimento econômico e manutenção da qualidade de vida dos idosos. Nas áreas de saúde e assistência social, todavia, a pressão orçamentária está relacionada ao aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), das limitações provocadas por elas e à perda de anos de vida saudável (MIRANDA et al, 2016).

Em razão dessas mudanças, a saúde da pessoa idosa se tornou um dos problemas mais importantes para a investigação e planejamento de políticas públicas. Na verdade, a pressão orçamentária sobre o sistema de saúde provocada pelo envelhecimento populacional é considerada por muitos pesquisadores como um dos principais fatores para o equilíbrio fiscal do Estado brasileiro nos anos vindouros (WONG; CARVALHO, 2006, GLENNERSTER, MATSAGANIS, 1994; RUBIO, 1990; BANCO MUNDIAL, 2011).

No Brasil a situação é grave visto que a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida aconteceram em um contexto de desigualdade distributiva e com políticas sociais excludentes, voltadas apenas para os trabalhadores dos setores dinâmicos da economia (MEDEIROS, 2001). Com isso, parcelas significativas da população foram excluídas do acesso aos serviços de saúde e previdência (GERSCHMAN e VIANNA, 2002) e a população idosa atual chega muito vulnerável, demanda altos gastos com saúde, depende de transferências públicas não-contributivas e não conta com adequado suporte social, tão necessário nessa fase da vida.

No entanto, a idade avançada precisa ser sinônimo de aumento dos gastos. Cuidar de uma população idosa é diferente de cuidar de uma população idosa doente (CAMARANO; PASINATO, 2007). O reconhecimento de que o envelhecimento não é um dreno inevitável dos recursos de saúde vem crescendo (FIGUERAS et al, 2008; RECHEL et al, 2013). Estudos mostram que a proximidade da morte é um preditor do aumento dos gastos

melhor do que a idade avançada. Ou seja, os gastos acumulados nos períodos antecedentes à morte de um idoso são similares aos de outras faixas etárias (POLDER et al, 2006; BREYER; FELDER, 2006; KARDAMANIDIS et al., 2007).

Nesse cenário, fazem-se necessárias políticas públicas de prevenção e promoção da saúde durante todo o ciclo vital. O envelhecimento saudável é considerado, em suas três dimensões – prevenção do adoecimento, manutenção da capacidade funcional e engajamento social ativo –, como a forma mais eficiente de enfrentar os desafios impostos pelo aumento da população idosa (KALACHE, 2008). Essa noção foi introduzida internacionalmente pelo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento da ONU, de 2002. No Brasil, o conceito foi adotado a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006.

É importante considerar também que o Brasil, ao final dos anos oitenta, elaborou um vasto conjunto de leis, decretos, portarias e políticas que tomaram os idosos como público alvo, incluindo desde normas exigíveis imediatamente (como direito ao transporte público gratuito) até normas-diretrizes para a ação do Estado (como a instrução para diminuir as desigualdades sociais neste grupo etário e introduzir a funcionalidade no centro da definição de saúde dos idosos, por exemplo). De acordo com estudos desenvolvidos pelo CEPAL sobre a institucionalidade social na América Latina (FRANCO; PARDO, 2010; HUENCHUAN, 2009), o Brasil e o México são os países que se destacam com maior grau de institucionalização das políticas sociais, seguidos por Argentina, Costa Rica, Peru e Uruguai.

Em termos institucionais, o Brasil tem sido eficiente em lidar com os impactos da transição demográfica e epidemiológica por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as políticas de austeridade fiscal e mudanças na configuração do sistema de saúde adotadas a partir de 2015 como solução para a crise econômica podem ter consequências negativas sobre a capacidade do SUS de lidar com o envelhecimento. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar, de forma exploratória, as principais possibilidades e desafios que o SUS enfrenta para se consolidar como forma eficiente de atenção à saúde da pessoa idosa no contexto atual.

Para isso, o trabalho será dividido em três etapas. Na primeira, identificaremos na literatura especializada qual a melhor organização dos serviços de saúde para lidar com os desafios do envelhecimento populacional e transição epidemiológica. Na segunda,

apresentaremos indicadores de efetividade do SUS no manejo da saúde do idoso, além de procurar entender alguns de seus desafios para se conformar como sistema proativo de saúde. Por último, trataremos dos impactos das principais medidas para a saúde adotadas a partir de 2016.

1. Envelhecimento populacional e construção de redes de atenção à saúde

A transição demográfica, somada ao aumento da expectativa de vida, gera mudanças no perfil epidemiológico da população, levando à maior prevalência de doenças específicas das faixas etárias mais avançadas, como as DCNT. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, isso se agrava porque as doenças infectocontagiosas ainda não foram totalmente superadas e já são impostos desafios do novo perfil epidemiológico, gerando uma dupla ou tripla carga de doenças.

Existe, contudo, um descompasso entre os modelos tradicionais de saúde, desenhados no final do século XIX, que davam conta principalmente de enfrentar doenças infecciosas, e essa nova situação epidemiológica. Nesse sentido, Ham (2007) aponta que o paradigma predominante da condição aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção, a condição aguda é o que representa, diretamente, a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas.

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde (2003) adverte de forma incisiva: *“Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”*. Mendes (2010) considera que a eficiência, efetividade e qualidade da atenção à saúde depende precisamente da capacidade de adaptação do sistema de saúde à essas novas circunstâncias. Por isso, para tratar desse perfil de agravos o sistema não pode ser reativo, mas sim **proativo**. O cuidado não pode ser episódico, deve ser **contínuo durante todo ciclo vital** e não pode ser fragmentado, sendo organizado em **redes de atenção à saúde integradas**.

A utilização de informações epidemiológicas é essencial para o planejamento e gestão em saúde, bem como para a consolidação do SUS, contribuindo para a construção de um sistema proativo, ou seja, que vise antecipar futuros problemas, necessidades ou mudanças. A epidemiologia tem papel central na formulação de políticas públicas, servindo de base tanto para a organização do sistema quanto para a tomada de decisão sobre intervenções e destinação de recursos (PAIM, 2003). Diversos países, como Reino Unido, Canadá, Suécia e Noruega, são conhecidos por explorar as potencialidades científicas e tecnológicas do uso deste tipo de informação no âmbito dos sistemas de saúde (PAIM, 2002).

Importante ressaltar que o uso deste tipo de informação depende não apenas de sua produção contínua e com qualidade (ROMERO; CUNHA, 2007), mas também da qualificação da gestão para seu uso (ROMERO et al, no prelo). Como indica a pesquisa realizada por Cohn e Elias (2005), a falta de familiaridade dos gestores municipais com os sistemas de informação em saúde e a falta de conhecimento para manipular e analisar os dados disponíveis impedem que a análise periódica da situação de saúde sirva de insumo para a elaboração de planos e programas de saúde. Desta forma, a aproximação entre os gestores de saúde e os sistemas de informações configura-se fator importante para que a epidemiologia seja efetivamente incorporada no processo de decisão.

A construção de redes de atenção à saúde é um dos principais desafios do SUS, que tem como diretriz a integralidade do cuidado. Tradicionalmente, sistemas de atenção à saúde são construídos de forma fragmentada, ou seja, se organizam através de um conjunto de pontos de atenção isolados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral não há gestão em base territorial e as unidades de atenção primária não se comunicam com os outros níveis de atenção. Em outras palavras, a referência e contra referência é organizada de forma precária.

De acordo com Mendes (2010), os sistemas fragmentados caracterizam-se *“pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.”* Em sistemas deste tipo, a atenção

primária à saúde pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenação e cuidado.

2. SUS: efetividade e barreiras para enfrentar os desafios do envelhecimento

As profundas mudanças provocadas pela Constituição Federal de 1988, que, além de assegurar a saúde como um direito social, adota um conceito ampliado de saúde baseado em Determinantes Sociais, abriram caminho para a construção de um sistema de saúde preventivo e não reativo. A criação do SUS, com a Lei 8.080/90, rompeu com a lógica securitária de organização da atenção e inaugurou um paradigma baseado no combate aos Determinantes Sociais de Saúde.

O SUS, enquanto instituição integrada por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, é uma organização em rede de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A diretriz de descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional transferindo competências de gestão da atenção básica para os municípios, com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União, além de cooperação técnica. Já a diretriz de regionalização aponta para uma organização do sistema voltada para a noção de território, representa a articulação entre níveis de gestão para implementação de políticas, ações e serviços de saúde eficazmente baseados em perfis e indicadores regionais que sirvam de sustentação para a ordenação racional dos diversos tipos de atendimento em um determinado território.

Tanto a regionalização quanto a descentralização só podem funcionar em um sistema hierarquizado, ou seja, segmentado em níveis de complexidade. Nesse sentido, cabe à União a coordenação, a normatização e a definição de padrões nacionais para a ação governamental no setor da saúde. Aos estados foram reservadas funções de coordenação e normatização complementar na sua esfera, além de acompanhamento, avaliação e controle das redes regionalizadas do SUS, bem como apoio técnico e financeiro. Quanto aos municípios, foram reservadas as funções de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (artigo 18, inciso I da Lei n. 8080/90). Neste arranjo setorial o Executivo federal foi o agente investido de autoridade para tomar as decisões mais importantes da política pública (ARRETCHE, 2004), mas dependendo principalmente dos municípios para sua implementação e dos estados para a coordenação.

A construção de tal sistema traz a luz os problemas da coordenação federativa. Eles se originam, em grande parte, da tensão constitutiva entre o caráter uniforme das garantias sociais nacionais e a preservação das diversidades regionais (OBINGER et al., 2005). Considerando o compartilhamento de responsabilidades e as precárias garantias de que governos subnacionais atuem na direção e na intensidade requerida pelos programas

formulados pela União, o alinhamento entre as três esferas depende da eficiência das estratégias de indução adotadas pelo governo federal. Considerando as diretrizes de implementação do SUS, podemos dizer que a municipalização gera questões relacionadas com a implementação das diretrizes federais para a atenção básica e a regionalização gera questões relativas a formação de redes de atenção à saúde.

No Brasil, a municipalização da política de atenção básica ocorreu de forma bastante desigual, em razão tanto da diversidade de situações financeiras e capacidade administrativa dos municípios, quanto da autonomia de cada governo municipal na implementação dos programas federais (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). A União foi bem-sucedida em fazer com que os municípios se adequem as instruções federais (Arretch, 1999; 2004; Abrucio, 2005), o que sugere a percepção, pelos governos subnacionais, de maiores custos e riscos ao construir e implementar uma agenda social desconectada do Executivo federal. A adesão permite contar com novas e regulares fontes de recursos, com reduzidos riscos de implementação em vista do apoio e da cooperação técnica da União e, em certos casos, dos estados. O Executivo federal reuniu, assim, condições para estruturar a agenda social dos governos subnacionais sem necessidade de medidas exclusivamente coercitivas, tendo as transferências condicionadas se disseminado nas políticas sociais de uma forma geral (Machado; Palotti, 2015).

No caso da Atenção Básica, o principal exemplo de capacidade indutiva é a utilização do componente variável do Piso de Atenção Básica (PAB): dividido em (i) PAB fixo, no qual são realizados repasses automáticos com base em um per capita anual previamente fixado; e (ii) PAB variável, que é constituído de diferentes incentivos, dependendo da contratualização em determinados programas do Ministério da Saúde¹. A implementação do PAB está diretamente associada ao desenvolvimento de um novo modelo assistencial. De acordo com Costa e Pinto (2002), o recurso do PAB chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimento básico e com uma rede de serviços de menor complexidade, poderia provocar um forte impacto na qualidade da assistência. Promoveria, dessa forma, uma mudança gradual no modelo de atenção à saúde. O financiamento específico gerou ampliação e visibilidade à atenção básica nos sistemas municipais de saúde. Diversos autores apontam o PAB variável como responsável por significativos avanços na redistribuição de recursos para a AB, privilegiando municípios situados em regiões mais carentes (LIMA; ANDRADE, 2009).

A expansão da Atenção Básica foi o alvo da indução do Governo Federal a partir dos anos 1990. Essa indução, no entanto, não foi acompanhada de medidas que garantissem a

¹ Dentre os recursos destinados ao PAB variável, destacam-se os seguintes programas: Saúde da Família; Agentes Comunitários da Saúde; Saúde Bucal; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola; Saúde da Família– fluviais e ribeirinhas; Atenção Domiciliar; Microscopistas; Academia da Saúde; Fator de Incentivo de Atenção Básica a Povos Indígenas; Incentivo para Atenção à Saúde Penitenciária; Programa de Gestão do Atendimento Básico; Programa de Farmácia Básica; Combate a Grandes Endemias; Programas de Saúde da Mulher; e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

efetivação das medidas e diretrizes das políticas federais em saúde do idoso. Na verdade, cada município ficou responsável por desenvolver ações e programas próprios para a implementação dos princípios da PNI, Estatuto do Idoso e PNSPI. Por este motivo, existe uma enorme variação de medidas que têm efeitos muito variados, impedindo a avaliação concreta da eficiência no uso dos recursos e efetividade das medidas. Como veremos a seguir, é possível ver por meio de alguns indicadores avanços na situação de saúde dos idosos no Brasil correlacionados ao aumento da atenção básica. Impossível dizer, contudo, até que ponto os municípios de fato implementaram medidas das políticas de proteção ao idoso.

A expansão da Atenção Básica também teve como consequência a mudança do chamado “gargalo” da prestação de serviços. Em razão da precária organização em rede dos estabelecimentos, o problema passa a ser a falta de referência e contra referência. Assim, apesar de um número considerável de pessoas que procuram o serviço público de saúde terem acesso à atenção básica, o encaminhamento para a média e alta complexidade é prejudicado pela falta de redes de atenção. Para a população idosa isso significa principalmente dificuldade de acesso ao cuidado continuado para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tão prevalentes nesta população.

A integração entre os níveis de atenção, funcionando como rede coordenada dos serviços de saúde, é essencial para a continuidade e integralidade da prestação de serviços (SILVERMAN, 2007). Em termos normativos, o Brasil evoluiu bastante. O Decreto 7.508/11 determina as novas regras de organização em rede do SUS e são bastante avançadas.

Entretanto, o Brasil enfrenta dificuldades profundas de coordenação federativa, principalmente em razão de divergência político-partidárias e de disputas por transferências orçamentárias, que dificultam a formação dessas redes. O Ministério da Saúde tem tentado incentivar a organização de redes de atenção à saúde através de instrumentos de pactuação e, neste processo, estabelecer algumas medidas procurando averiguar se os municípios implementam as políticas do idoso.

No Pacto pela Saúde (2006) isso era feito através dos indicadores Taxa de internação por fratura de fêmur e Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas e inspecionadas pela ANVISA. A negociação do Pacto esbarrou, todavia, em dificuldades de colaboração entre as diversas esferas. Disputas político-partidárias e de distribuição de recursos acabaram com a instituição regiões muito desiguais do ponto de vista da oferta de serviços, da população atendida e da capacidade técnica, financeira e decisória de organização dos municípios envolvidos. (SCATENA et al, 2014; VIANA; LIMA, 2011).

Uma nova tentativa foi feita com o Decreto 7.508/2011, que estabeleceu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O indicador proposto é a redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTS (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Esse

indicador tem como objetivo medir a qualificação da gestão e das redes de atenção ao idoso, considera-se que a queda na mortalidade por essas causas significaria uma melhora na cobertura de atenção básica e no acesso aos serviços de média e alta complexidade. O Contrato tentava alinhar o papel indutivo do Ministério da Saúde com alguma flexibilidade de negociação entre os entes federados. No entanto, ao instituir a possibilidade de sanções coercitivas baseadas no alcance de indicadores específicos, aumentou sobremaneira os custos de transação de aderir ao COAP, diminuindo a intensidade de sua influência. (SANCHO et al, 2017).

Um indicador de medida da efetividade da atenção primária à saúde, utilizado internacionalmente, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings et al. na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações (Alfradique, M et al, 2009). Esse indicador, ainda tem sido pouco utilizado para a população idosa.

Num estudo realizado por Marques e colaboradores (2014) sobre as ICSAP no SUS de idosos no Rio de Janeiro mostra-se vários achados que apontam a relevância da AB e ESF também para essa faixa etária. Mostraram a acentuada redução das ICSAP entre 2000 e 2010, inclusive entre idosos de mais de 70 anos. O homem tem maior risco de ICSAP o qual poderia se explicar por atitudes comportamentais relacionadas a hábitos e estilo de vida, assim como por padrões de cuidados à saúde – homens se expõem a maiores riscos à saúde ao longo da vida e procuram menos os serviços de prevenção e promoção da saúde quando comparados às mulheres. Outra hipótese para explicar o diferencial de gênero diante da chance de internações é que, apesar de os homens terem uma tipologia de família mais tradicionalmente nuclear, e em muitos casos em fase de expansão, contam menos com redes de apoio social e família estendida, especialmente para cuidados cotidianos nas atividades básicas.

A correlação negativa observada entre os indicadores de acesso dos idosos à atenção primária e a diminuição das ICSAP no Rio de Janeiro, sendo mais forte com a cobertura da ESF, é condizente com a literatura nacional e internacional, que mostram que os programas de atenção básica são importantes indutores da redução de risco de agravamento de doenças que podem ser tratadas em âmbito domiciliar, como a anemia, a diabetes e a hipertensão, entre outras, chamadas de Condições Sensíveis à Atenção Primária.

O indicador de ICSAP entre idosos (tanto taxa como proporção) está disponibilizado no SISAP-IDOSO para todos os municípios do Brasil com o intuito da Coordenação Federal da área do idoso (COSAPI-MS) dar insumos para o monitoramento local do desempenho da saúde dos idosos e da efetividade dos programas sociais. Também foi incorporado na Caderneta do Idoso.

Nas tabelas a seguir corrobora-se o encontrado para o Rio de Janeiro no trabalho anteriormente referido: alta correlação entre o aumento da cobertura dos idosos na ESF e as taxas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária (coeficiente de correlação de Pearson de -0,79).

A redução da taxa por ICSAP foi acentuada, de 600 a 300 por 100.000 idosos entre 2000 e 2014.

Gráfico 1.

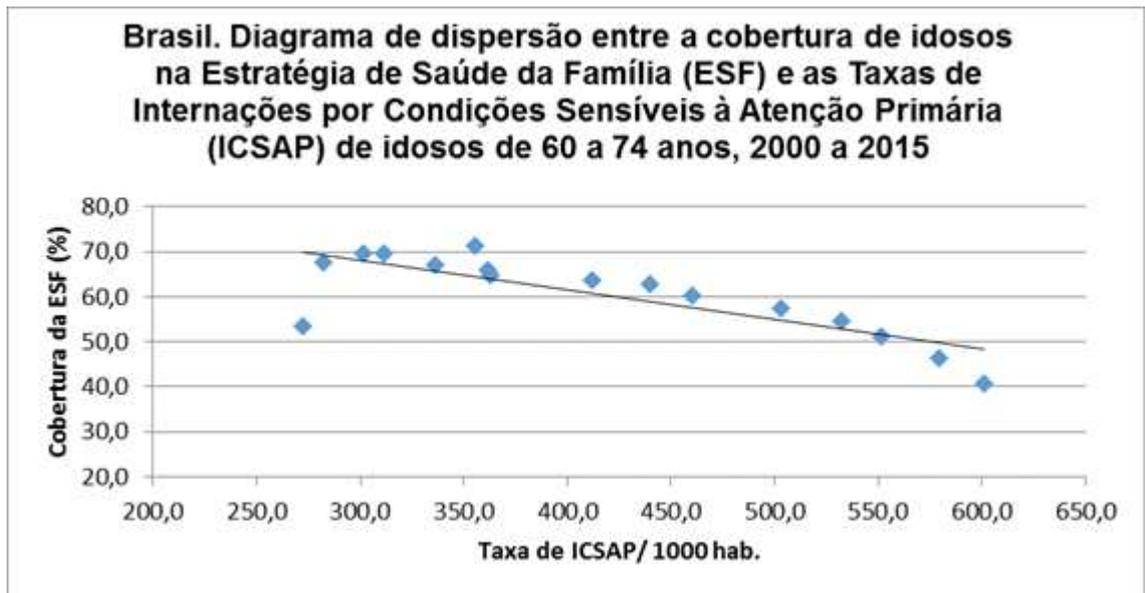
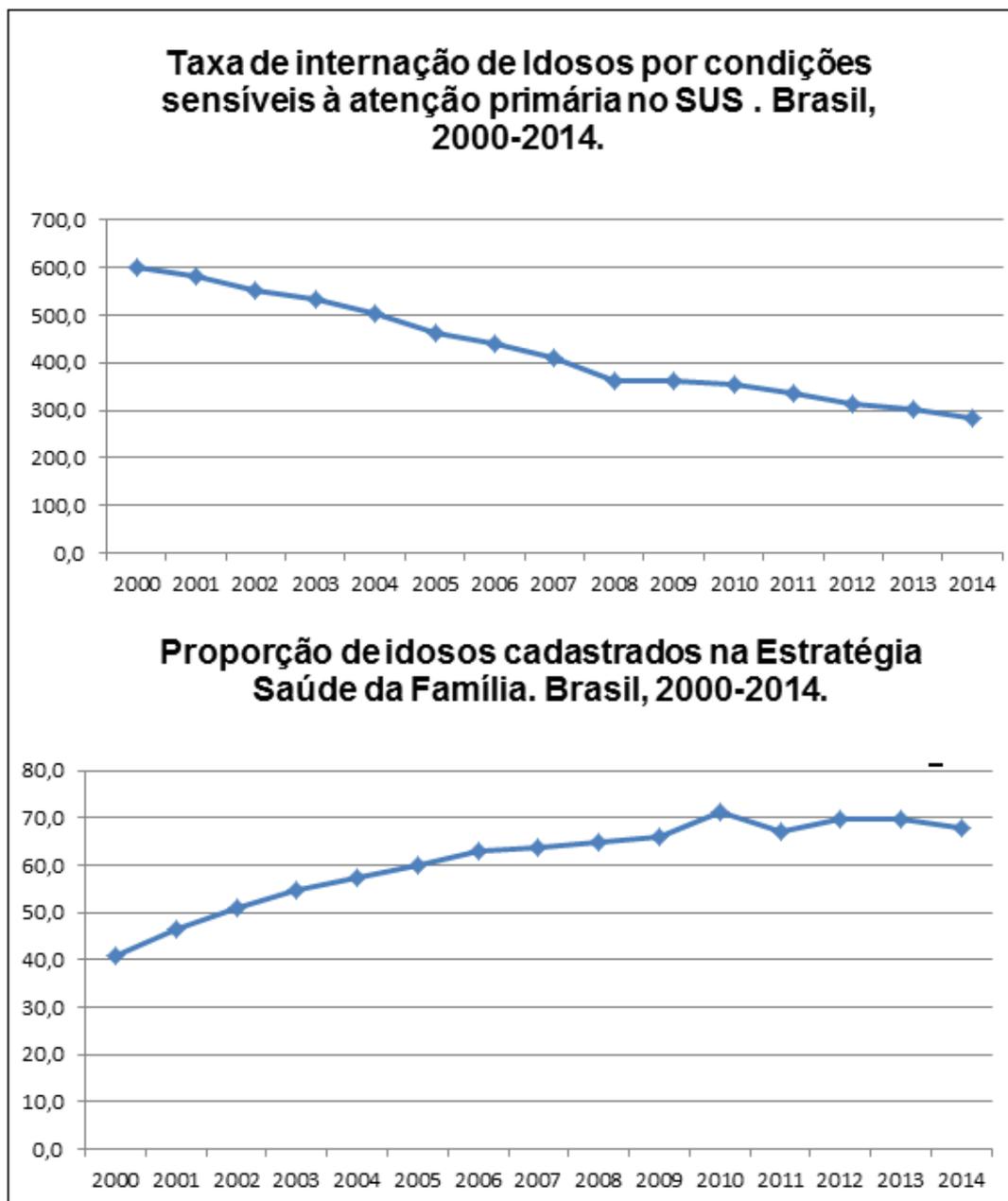


Gráfico 2.

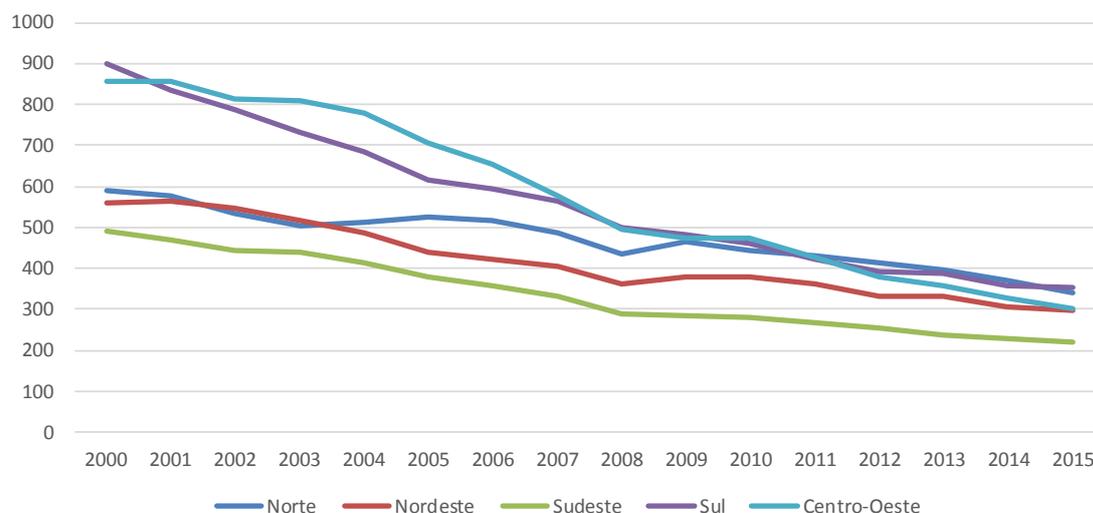


Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

Além da redução da Taxa de mortalidade ICSAP observa-se também redução de suas desigualdades regionais. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram redução mais acentuada até 2008 e a partir desse ano verifica-se a tendência consistente de redução da mortalidade em todas as regiões.

Gráfico 3.

Taxa de internação de idosos por causas consideradas evitáveis.
Brasil, 2000 - 2015.



Fonte: Indicador disponível no SISAP-Idoso

3. Medidas de austeridade e construção de redes de atenção

O governo que assumiu depois do impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em 2016, assumiu uma agenda neoliberal de austeridade fiscal para contornar os efeitos da crise econômica pela qual o Brasil passa. Na saúde, as principais medidas foram a revisão das regras de financiamento e de organização da atenção básica. Quanto ao financiamento, a Emenda Constitucional 95, aprovada em dezembro de 2016, tem como uma consequência importante a diminuição dos recursos para a saúde. Em um histórico recente, o financiamento à saúde no Brasil foi regulamentado sucessivamente por três emendas constitucionais: EC 29/00, EC 86/15 e EC 95/16.

A **Emenda Constitucional 29/00** (regulamentada pela Lei Complementar 141/12) assegurava os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (União: valor destinado no ano anterior mais variação do PIB; Estados/DF: 12% e Municípios: 15%, das receitas próprias vindas de impostos). Já na **Emenda Constitucional 86/15**, o dinheiro destinado pelo governo federal à Saúde é calculado com base em uma porcentagem das receitas correntes líquidas. Funciona assim: o governo federal arrecada impostos e contribuições e a Constituição estabelece que parte dessa arrecadação deve ser transferida para estados e municípios. O que resta é a Receita Líquida (RCL). A EC 86 estabelece que, entre 2016 e 2020, parcela crescente da RCL

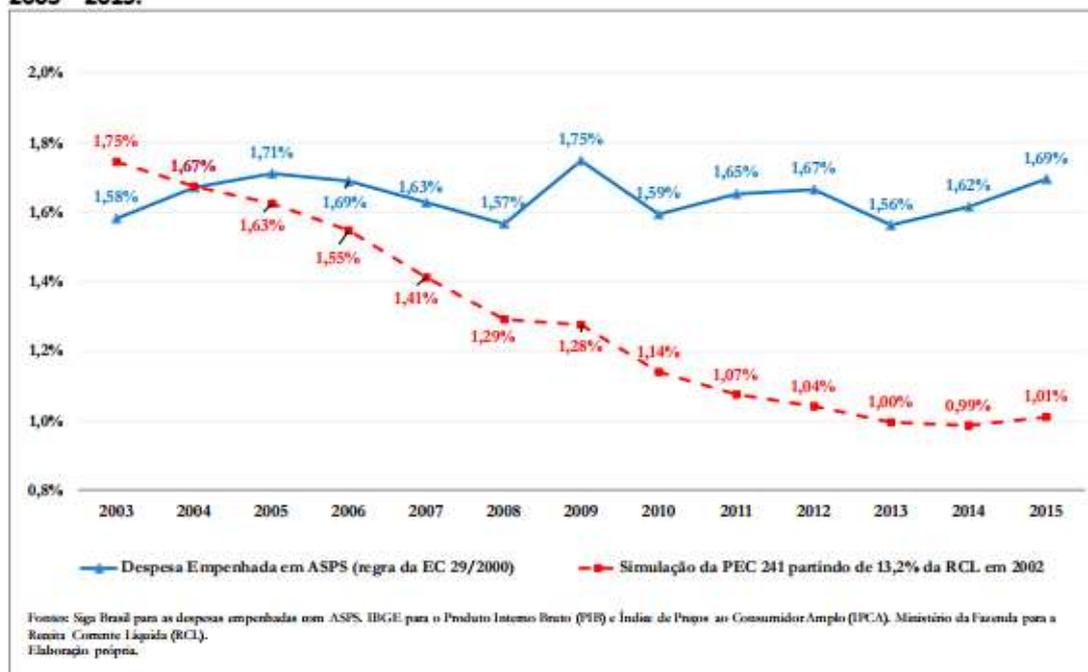
deverá ser destinada à Saúde: 13,2% em 2016 e 13,7% em 2017 – até chegar a 15% em 2020. Isso assegurava um aumento considerável de recursos para a saúde no curto prazo.

Contudo, essa trajetória foi revertida pela **Emenda Constitucional 95/16**, que estabelece um teto de gastos para o governo federal por 20 anos. O impacto para a saúde acontece porque essa medida desvincula as despesas com saúde das receitas. Além disso, usa como ano base os valores aplicados em 2016, ano no qual a destinação foi mais baixa que o normal em razão da queda de receita. Com base nisso, o IPEA (2016) estima perda de 743 bilhões em recursos nos próximos 20 anos.

No Gráfico abaixo, temos uma simulação do impacto da EC 95:

Gráfico 4:

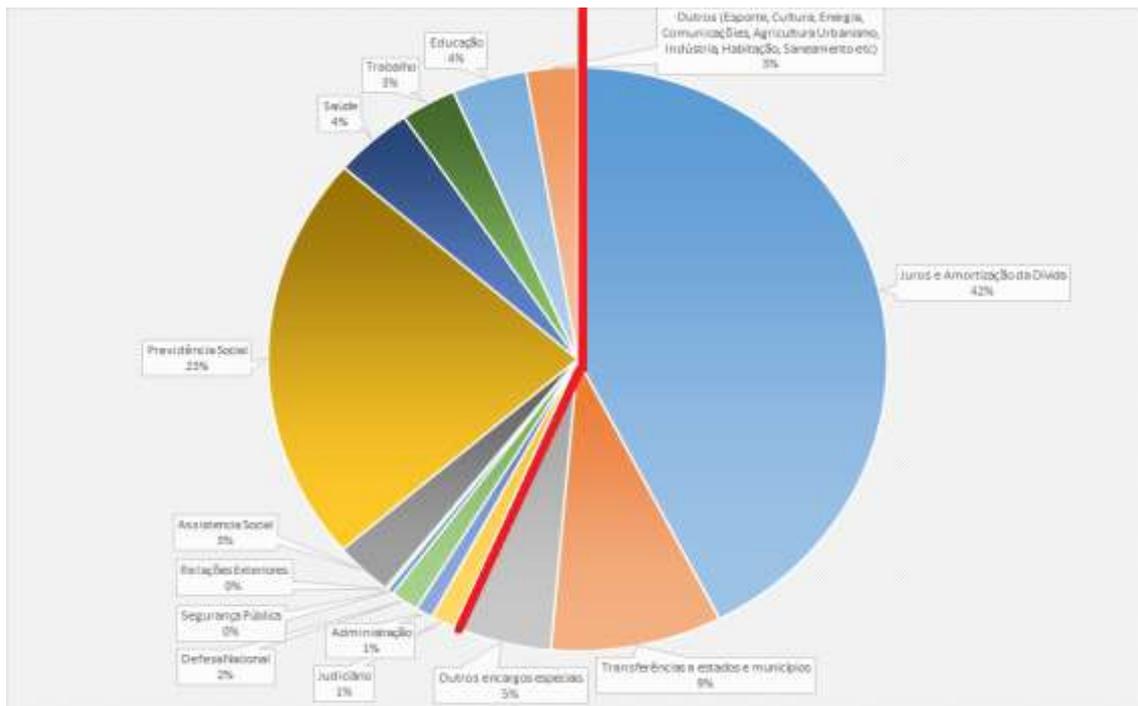
Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



Outro ponto que tem impacto negativo sobre o financiamento é o aumento iminente do gasto previdenciário, que deve comprimir os outros gastos sociais do governo federal, inclusive com saúde. Se considerarmos que o orçamento de 2016 já destinava cerca de 23% para a previdência social e que os gastos totais não podem aumentar, o aumento percentual do gasto previdenciário significa perda de recursos em outras áreas.

Gráfico 5

Orçamento federal 2016, gastos por área.



Fonte: Orçamento da República Federativa do Brasil, 2016 (Disponível no Diário Oficial).

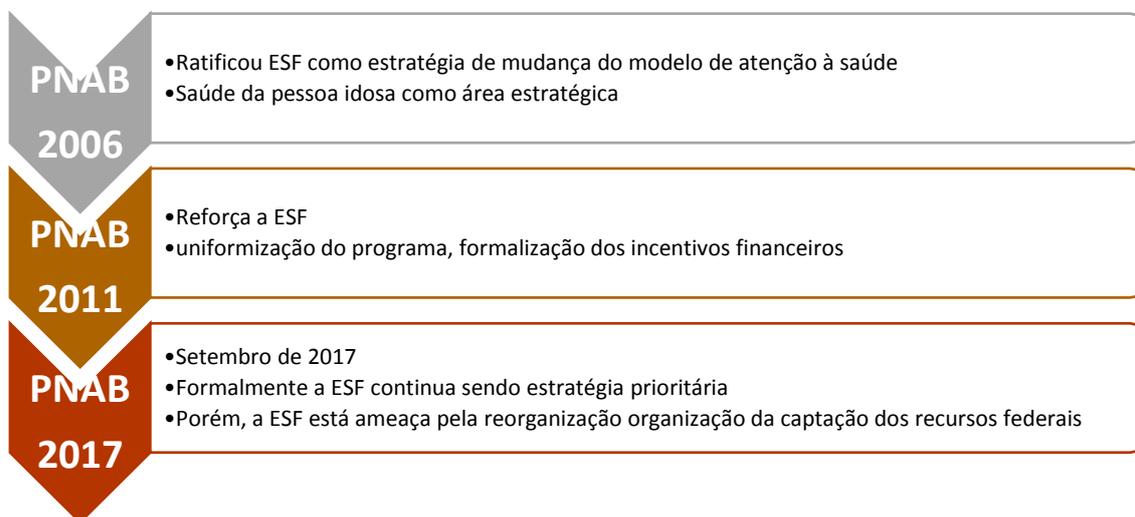
Considerando que cerca de 70% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do SUS (PNS, 2013) e que os planos privados são precários para o cuidado e prevenção, o aumento da população e seu envelhecimento significam que podemos esperar diminuição do acesso e na qualidade dos bens e serviços públicos prestados. Além disso, a queda nos gastos públicos pode levar a um aumento do desembolso direto (gasto privado) para o sistema de saúde suplementar, que é bastante ineficiente quando consideramos as necessidades de saúde pública advindas do processo de envelhecimento.

Por outro lado, as medidas de desestruturação da Atenção Básica tomadas em 2017 podem ter consequências nefastas. A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de **entrada a Atenção Básica/Saúde da Família**, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. A **dependência é o maior temor** nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, nova Política Nacional de Atenção Básica, ameaça a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do sistema.

Figura 1



Como visto no Gráfico 1, a é uma forma ESF eficiente de organizar a atenção à saúde. Porém é mais cara do que as formas tradicionais de Unidades Básicas de Saúde. Com a possibilidade de repasse de recursos federais para outras formas (mais baratas) de organização da atenção podem incentivar municípios a não utilizar a ESF. Isso afeta potencialmente os municípios mais pobres: prejudica integralidade e pode aumentar as desigualdades regionais.

Conclusão

O SUS, apesar dos problemas de coordenação federativa, é uma forma de organização do sistema de saúde que tem potencial para ser eficiente no enfrentamento dos desafios impostos pelo envelhecimento populacional e transição epidemiológica. Apesar disso, a consolidação do sistema se vê prejudicada visto que o subfinanciamento do sistema de saúde, a desestruturação da Atenção Básica e do modelo proativo de atenção à saúde vão em direção contrária às novas demandas, como a expectativa de aumento dos gastos por pessoa idosa em razão das DCNT, as demandas por mais tecnologia para aumentar a funcionalidade e tratamento e a complexidade das doenças transmissíveis.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 41, 2005.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*, v. 1, p. 13-31, 2007.

ARRETCHE, Marta TS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

BATISTA, Analia Soria et al. Os idosos em situação de dependência e a proteção social no Brasil. 2009.

BREYER, S Felder. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 75 (2006), pp. 178–186

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev bras estud popul*, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

CAMACHO, A.C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev. bras. enferm.*, Abr 2010, vol.63, no.2, p.279-284.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.292).

CAMARANO, A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2004. p.253-92.

CAMARANO, A.A. e MELLO, J.L. Cuidados de longa duração para idosos no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano, A.A. (org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p.67-92

CAMARANO, A.A. Introdução. In: *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

CAMARANO, Ana Amélia. *Estatuto do Idoso: avanços com contradições*. TD1840. IPEA. Rio de Janeiro: 2013.

CAMARGO, Jose Marcio. Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 68-77, 2004.

CARDOSO, JR, Jaccoud L. Políticas Sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal In: Jaccoud L, organizador. *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA; 2009. p. 181-260.

- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.
- COSTA, Nilson do Rosário, Marcelino, Miguel Abud, Duarte, Cristina Maria Rabelais, & Uhr, Deborah. (2016). Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3037-3047
- DO ROSÁRIO COSTA, Nilson; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 907-923, 2002.
- FIGUERAS, M McKee, S Lessof, et al. Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen (2008)
- FLEURY, Sonia. A seguridade social inconclusa. A era FHC e o Governo Lula: transição, 2004.
- FRANCO, R.; PARDO, M. S. (Coords.). *Institucionalidad Social en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal, mar. 2010.
- GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.) . *A Miragem da Pos-Modernidade - Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização - 2da. Edição*(No Prelo). 2da. ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2002. v. Um. 226p .
- GLENNERSTER, H.; MATSAGANIS, M. The English and Swedish care reforms. *International Journal of Health Services*, v. 24, n. 2, p. 232-251, 1994.
- GRAU, Eros. *O Direito Posto e o Direito Pressuposto*. São Paulo: Malheiros, 1996.
- HAM C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007.
- HUENCHUAN, S. *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Cepal, abr. 2009.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.
- Kardamanidis, K Lim, C Da Cunha, et al. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life *Med J Aust*, 187 (2007), pp. 383–386
- LAVINAS, Lena et al. Universalizando direitos. *Observatório da Cidadania*, v. 2004, p. 67-74, 2004.

LIMA, Claudia Risso de Araujo et al. Review of data quality dimensions and applied methods in the evaluation of health information systems. *Cadernos de saude publica*, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

MACHADO, José Angelo; DE MOURA PALOTTI, Pedro Lucas. ENTRE COOPERAÇÃO E CENTRALIZAÇÃO. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015.

MARQUES, Aline; ROMERO, Dalia; ALMEIDA, Wanessa; & ANDRADE, Carla. (2014). Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 817-826. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005133>

MEDEIROS, M. A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. Texto para Discussão n° 852. Brasília: IPEA, 2001.

MELAMED, Clarice et al. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 8, p. 393-401, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL Estatuto do idoso. Brasília, DF, 2003

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, 2016.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Ver. Katálysis*, v. 14, n. 1, p. 41-9, 2011.

MUNDIAL, Banco. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington, DC: Banco Mundial, 2011.

NÉRI, M. Reforma previdenciária: em busca de incentivos para atrair o trabalhador autônomo. *Ensaio Econômico*, EPGE/FGV, n.460, 2002.

NERIS, Mariana de Sousa Machado. Atendimento em centro-dia para idosos em situação de dependência: alternativa de serviço da política nacional de assistência social?. 2011. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. Federalism and the welfare state: new world and European experiences. Cambridge University Press, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003

PASINATO, Maria Tereza de Marsillac. Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

PEREIRA, LM. Análise Crítica do Benefício de Prestação Continuada e a sua Efetivação pelo Judiciário. Revista CEJ2012; XVI(56):15-27

POLDER, J Barendregt, H van Oers. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. Soc Sci Med, 63 (2006), pp. 1720–1731

RAUTH, J.; PY, L. A história por trás da lei: o histórico, as articulações de movimentos sociais e científicos, e as lideranças políticas envolvidas no processo de constituição da Política Nacional do Idoso. In: Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

RECHEL, Bernd et al. Ageing in the European union. The Lancet, v. 381, n. 9874, p. 1312-1322, 2013.

ROMERO, Dalia Elena et al. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido, p. 249-78, 2010.

ROZENDO, Adriano, & Justo, José Sterza. (2012). "Fundo Nacional do Idoso" e as políticas de gestão do envelhecimento da população brasileira. Revista Psicologia Política, 12(24), 283-296. Recuperado em 17 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000200007&lng=pt&tlng=p

RUBIO, V. O. La economía em sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge, 1990.

SABOIA, João, 2004, "Benefícios não contributivos e combate à pobreza no Brasil", en Camarano, Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?, IPEA, Rio de Janeiro.

SANCHO, Leyla Gomes et al. The health regionalization process from the perspective of the transaction cost theory. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, 2017.

SCATENA, J. H. G. et al. (Org.). Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 426-450.

Silverman M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad

Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf>

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. bras. saúde matern. infant, p. 495-502, 2007.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez, 2001.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 23, n. 1, p. 5-26, June 2006 .