

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-

sariamente um consumo reduzido. Não se trata de levantar um preciosismo lingüístico, mas de lembrar que a intenção do artigo parece ser distinta da suscitada pelos termos usados. Se o artigo pretende usar a palavra frugal com o sentido de “*sujeito a limites, inclusive limites elevados*”, não seria mais apropriado escolher um outro termo?

Nos debates sobre justiça distributiva vêm sendo propostas várias regras alocativas, em especial após o desenvolvimento da teoria da justiça como equidade de John Rawls, a partir dos anos 1950. Uma regra alocativa é um conjunto de instruções que articulam variáveis para decidir como uma alocação de recursos deve ser feita. Na tentativa de encontrar uma solução para o desafio imposto pelo envelhecimento populacional, o artigo argumenta que “*basear a alocação de recursos na variável idade pode ser considerado eticamente adequado quando concebemos a vida do indivíduo como um ciclo limitado*”. Embora não discuta em profundidade a regra alocativa subjacente a este argumento, o artigo enuncia claramente a importância do uso da idade como critério para a alocação.

Cabe perguntar se, do ponto de vista moral, o aspecto central na discussão levantada é realmente a idade. É facilmente constatável que o envelhecimento populacional é acompanhado por uma pressão sobre os sistemas de saúde. Não está claro, porém, que o envelhecimento é o problema substantivo em questão. O envelhecimento é, em certa medida, resultado da capacidade técnica de melhorar a saúde das pessoas. Logo, a pressão que se observa sobre os sistemas de saúde decorre de seu próprio sucesso, que não se limita à extensão da longevidade, mas também à mudança na forma como os anos a mais são vividos. A questão moral a enfrentar, portanto, não se resume a uma interpretação de quais são as idades que definem as etapas do ciclo “natural” da vida, ou, no limite, qual é a idade a partir do qual se assume que a vida pode ou deve terminar para liberar recursos do sistema de saúde, mas que tipo de vida o sistema de saúde deve proteger, uma reflexão que a bioética passou a enfrentar com mais vigor após o avanço das pesquisas genéticas. A operacionalização da idade como variável em uma regra alocativa não poderia ser feita somente quando fosse possível responder essa questão?

O desafio criado em parte pelo sucesso dos sistemas de saúde, e que se expressa na pressão sobre orçamentos causada pelo envelhecimento populacional, extrapola o universo dos idosos alcançando todos os grupos etários em

que existem pessoas com limitadas perspectivas de vida. Embora seja correto afirmar que os idosos consomem uma parte expressiva dos recursos dos sistemas de saúde, não seria mais apropriado, segundo os argumentos dos autores, estabelecer regras para lidar com tratamentos de alto custo que valham para todos os grupos etários? O que os autores buscam é uma regra para lidar com a idade ou com as perspectivas limitadas de vida das pessoas que recorrem aos sistemas públicos de saúde exigindo grandes quantidades de recursos?

Maria Regina
Moreira

Universidade de Brasília,
Brasília, Brasil.
reginamoreira@bol.com.br

No texto *A Necessária Frugalidade dos Idosos*, os autores Carlos Dimas Martins Ribeiro & Fermin Roland Schramm levantam a questão dos critérios que deverão nortear o poder público na dotação orçamentária da saúde, tendo como alvo principal a pessoa idosa.

Eles iniciam caracterizando os sistemas de saúde pública em três dimensões: (1ª) progresso biomédico, que define a duração da expectativa de vida; (2ª) a concepção contemporânea de saúde, com a ampliação dos direitos das pessoas; e (3ª) a vigência de uma diversidade moral, em que cada sociedade tem seu próprio código de princípios morais e éticos, muitas vezes conflitantes com o de outros grupos sociais.

A proposta do artigo é discutir a pertinência e a legitimidade de se alocar recursos públicos para a saúde, tendo como parâmetro as faixas etárias. São levantados vários pontos para análise. O primeiro deles é a pertinência da “cultura dos limites”, isto é, os recursos financeiros são limitados e escassos, enquanto que a demanda desses recursos é cada vez maior. Como priorizar esta demanda?

O grande desafio é a transição geracional, pois estamos amadurecendo constantemente e passando de uma geração à outra. Outro item analisado é a “*justiça sanitária e o direito à saúde*”, entendidos como “igualdade de oportunidade” para todos, e o de “justiça como equidade” em que se privilegia os mais necessitados.

Aqui aparece uma polêmica, já que o direito à saúde implica a política de universalização, isto é, fornecer todos os serviços igualmente para todas as faixas etárias, enquanto que a igualdade de oportunidade caracteriza uma política de “focalização”, com atendimentos seletivos.