

# A fonte da juventude

**Marcelo Neri**

*Centro de Políticas Sociais do IBRE e EPGE — Fundação Getúlio Vargas (FGV)*

**Wagner L. Soares**

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*

Nível de renda e estado de saúde são variáveis relacionadas tanto pelo fato de aumentos da primeira propiciarem maior acesso a bens e serviços que se refletem em melhoras no estado de saúde das pessoas, como pelos ganhos de produtividade e de renda associados a melhorias da saúde do trabalhador. Porém, tal como na história do ovo e da galinha, não é possível dizer, *a priori*, o que determina o que. O caso brasileiro recente apresenta condições privilegiadas para contornar esta circularidade que dificulta sabermos o quanto aumentos da renda impactam a saúde. A existência do suplemento especial de saúde da PNAD/IBGE dos anos de 1998 e 2003 permite observar a relação entre mudanças nas duas variáveis. Complementarmente, o país adotou e/ou ampliou nos últimos anos uma série de programas de transferência de renda em escala nacional voltados à população pobre na terceira idade. A estratégia usada na identificação do efeito causal da renda sobre a saúde aqui empreendida é comparar o estado de saúde de pessoas elegíveis — leiam-se idosos de baixa renda onde a questão de saúde é mais central — com os demais, antes e depois da criação e/ou expansão de programas de transferência de renda. Na prática, a análise replica a metodologia usada nas ciências naturais, em particular na medicina experimental, onde um grupo de tratamento toma o remédio a ser testado, enquanto o grupo de controle toma o placebo de forma a isolar o efeito da droga testada de outras influências.

Após as mudanças constitucionais de 1988, destacam-se mais recentemente: a redução, em 1998, da idade mínima de recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC — Lei Orgânica de Assistência Social), de 70 para 67 anos,



e, recentemente, para 65 anos; a Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999, que promove medidas preventivas e atendimento multidisciplinar, com uma maior participação ativa do Programa de Saúde das Famílias (PSF); e o Estatuto do Idoso, em 2003. Nos restringindo à avaliação das alterações das transferências de renda do período 1997 a 2003: a massa de todos os benefícios previdenciários cresce 44,4% no período. O número de Benefícios de Prestação Continuada e a Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres sobe 72,9%, entre 1997 e 2003. Além do aumento do número de benefícios assistenciais, houve um aumento real do salário mínimo que corresponde ao piso dos benefícios previdenciários de 22,3% no período 1997/2003. Como a política de reajustes dos benefícios previdenciários passou, a partir de 1998, a diferenciar os reajustes dos benefícios iguais ao piso constitucional, o que associado à criação de novos programas como o BPC que seleciona rendas domiciliares *per capita* inferiores a um quarto de salário mínimo, o efeito do aumento das transferências de renda sobre os idosos de renda mais baixa foi amplificado.

**Aumento** — A renda domiciliar *per capita* do total de pessoas acima de 60 anos de idade, em geral, subiu 43% em termos reais no período 1991 a 2003, acima dos demais grupos etários, por exemplo, para os indivíduos de 20 a

## A renda domiciliar *per capita* das pessoas acima de 60 anos subiu 43% em termos reais entre 1991 e 2003

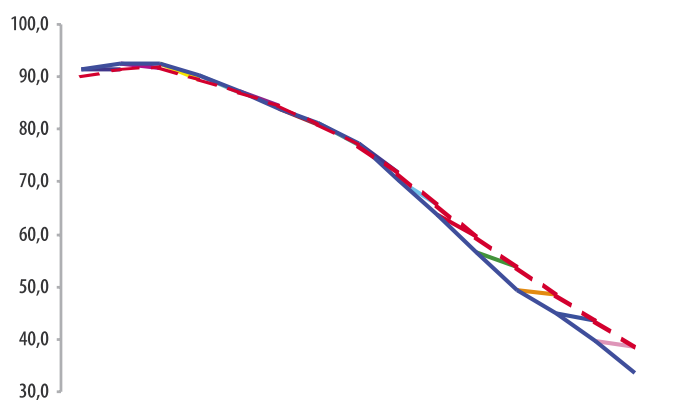
29 anos, a variação foi de 19,3%. Agora, qual seria o impacto desta opção preferencial do país pela renda na terceira idade — renovada nos aumentos reais do salário mínimo de 2005 e 2006 — sobre os indicadores de saúde? O gráfico 1 revela melhoria das proporções de pessoas com auto-avaliação subjetiva do estado de saúde positivas nas faixas etárias mais avançadas, através da comparação vertical entre as curvas representativas de 1998 e 2003.

Apesar da queda do nível percebido de saúde à medida que se caminha ao longo da curva de distribuição etária em cada um desses anos, decorrente do natural processo de envelhecimento, observamos melhoras não só em cada faixa da terceira idade, como uma inflexão na trajetória de envelhecimento destas gerações mais antigas ao longo do tempo. Estas retas que unem as curvas de diferentes anos do gráfico são obtidas ligando grupos com a mesma faixa de anos de nascimento. Por exemplo: ligamos a proporção de pessoas com “auto-avaliação da saúde boa ou muito boa” com 61 a 65 anos, em 1998, e a proporção encontrada no subgrupo populacional de 66 a 70, em 2003. Cerca de 45% dos indivíduos com 61 a 65 anos consideravam o seu estado de saúde bom ou muito bom em 1998, ao passo que, em 2003, naqueles com 66 a 70 anos de idade, esse número chega a 44%.

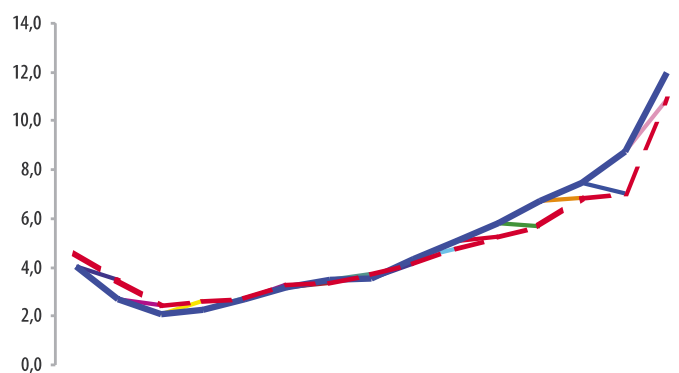
O ponto a ser notado é que a proporção de avaliações positivas de saúde era de 40%, em 1998, para a população nesta mesma faixa etária. Este dado sugere melhoria da trajetória do ciclo da vida do nível de bem-estar percebida nas faixas etárias mais avançadas. Isto significa avaliar o quanto, em média, a auto-percepção do status de saúde dessa geração se alterou no período considerado. A menor inclinação da trajetória geracional dos idosos assumida indica ganho qualitativo no processo de envelhecimento. Tudo se passa como se o relógio biológico percebido pelos próprios idosos tivesse desacelerado.

Similarmente, o gráfico 2, relativo à saúde funcional, demonstra queda na proporção de acamados para as faixas etárias mais avançadas, fato não ocorrido entre os mais jovens. Além da redução do número de indivíduos nas idades mais avançadas, essa proporção também diminui ao longo da fase final do ciclo de vida. Nota-se que na geração que tinha entre 61 a 65, em 1998, apresentava 7,42% de pessoas acamadas nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, mas chega, em 2003, quando tinha 66 a 70 anos de idade com um contingente inferior de pessoas acamadas,

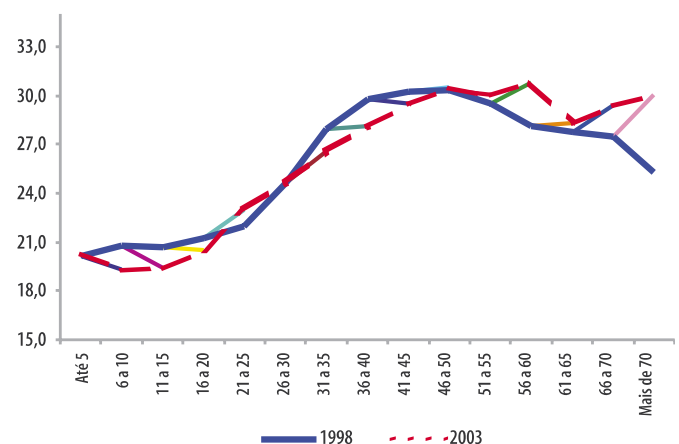
Gráf. 1 – Considera seu estado de saúde bom ou muito bom



Gráf. 2 – Esteve acamado nas duas últimas semanas



Gráf. 3 – Tem direito a algum plano de saúde



Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados da PNAD/IBGE.

correspondente a 7,02%, a mesma faixa etária, em 1998, registrava uma taxa de 8,75%. Neste caso, seguindo a analogia o relógio biológico associado ao acúmulo de problemas crônicos degenerativos, parece ter andado para trás.

No que diz respeito ao acesso a seguro-saúde representado no gráfico 3, a proporção de acesso a plano de saúde nas faixas etárias com idade mais avançada que 55 anos é maior em 2003, ao passo que entre os indivíduos

## A esperança de vida ao nascer da população brasileira chegou a 71,2 anos de vida, em 2000, contra os 62,2 anos, em 1980

mais jovens esse fato em geral não é verdade. Na geração dos indivíduos que tinham de 61 a 64 anos, em 1998, a posse ao seguro-saúde sofre um incremento de 27,7% para 29,4% no período analisado. “Este ganho no acesso a planos privados de saúde é consistente com ganhos relativos de renda dos mais velhos e do aumento na procura de serviços de saúde observada num contexto de melhoria dos indicadores de saúde.”

**Diferenças** — O nosso objetivo maior é identificar o impacto da renda na saúde no contexto brasileiro, tendo como instrumento as mudanças das políticas de transferência de renda voltadas aos idosos de baixa renda. Esta questão é de interesse para avaliar de maneira mais global os resultados do nível de atividade econômica e de políticas de renda sobre o nível de bem-estar social presente e futuro da população. A estratégia adotada foi a de comparar pessoas com mais 65 anos e renda *per capita* inferior a meio salário mínimo — sem contar a influência dos benefícios — com os demais grupos da sociedade, controlando por outros atributos tais como sexo, educação, estado, etc. Isto objetiva isolar o efeito renda comparando a evolução de grupos elegíveis e não-elegíveis com características socioeconômicas semelhantes, antes e depois da concessão dos novos benefícios.

Os resultados indicam que os idosos com mais de 65 anos e renda familiar inferior a meio salário mínimo, em 2003, tiveram suas chances de ficarem acamados reduzidas em 18%, em relação a 1998, quando comparados com aqueles que não possuem essa dupla característica. Similarmente, quando se considera as chances de auto-avaliação, verifica-se um diferencial de aumento nas chances de saúde boa ou muito boa de 33%. Agora, quando analisamos o acesso a planos de saúde nesse mesmo grupo numa perspectiva temporal comparada aos demais, observamos ganho relativo das chances de acesso de 32,8%. Ou seja, todos os indicadores apontam melhoras relativas para o grupo de idosos pobres, objeto das novas políticas de renda.

Em geral, essas mudanças foram direta, ou indiretamente afetadas por políticas sociais adotadas no passado e de forma mais determinante nos campos da saúde pública e de transferência de renda. Dentre as principais políticas, destacam-se a universalização da seguridade social e do sistema público de saúde, adotados na Constituição de 1988, que desvinculou o título meritório apenas à condição de contribuinte, estendendo o seguro, a assistência social e o acesso aos serviços de saúde a outra parcela da popu-

lação, antes não contemplada. São muitos os trabalhos que apontam os impactos socioeconômicos diretos das mudanças de transferências de renda no grupo dos idosos, após o novo texto constitucional, assim como aqueles que analisam os impactos sobre as contas públicas presentes e futuras.

A criação e/ou a expansão de programas voltados para a população idosa pobre, onde a questão de saúde é mais central como o benefício de prestação continuada (BPC), o de aposentadoria rural, a política de reajustes dos benefícios previdenciários que passou a existir a partir de 1998, concedendo reajustes diferenciados aos benefícios iguais ao piso constitucional entre outros, parece ter funcionado como uma espécie de fonte da juventude da terceira idade. Como grande parte do tempo vivido pelos idosos se dá sob piores situações de saúde, é relevante estudar as políticas de renda como um dos determinantes dos indicadores de saúde dos brasileiros, em geral.

**Mudanças** — Ao longo das últimas décadas o Brasil tem enfrentado mudanças significativas na sua estrutura etária, tendo em vista as transformações ocorridas no processo de envelhecimento populacional, o que significa um aumento relativo da parcela dos idosos, o que tanto pode se dar via reduções na fecundidade e/ou na mortalidade nas idades mais avançadas. Essa mudança tem a sua resposta mais representativa no declínio da fecundidade e não invariavelmente na mortalidade, como imagina o senso comum.

Outro ponto observado no país é o incremento da longevidade, que representa o número de anos, em média, que um indivíduo, ou sua respectiva geração, viverão. Segundo dados divulgados pelo IBGE, a esperança de vida ao nascer da população brasileira chegou a 71,2 anos de vida, em 2000, contra os 62,2 anos alcançados em 1980. Um indivíduo com 60 anos, em 2000, esperaria viver em média mais 21,1 anos, e, nos anos de 1980, uma pessoa com essa mesma idade, esperaria viver em média mais 17,7 anos. Em síntese, esses dois eventos, concorrem tanto para aumentos relativos como também absolutos na população idosa brasileira.

Os nossos resultados sugerem um impacto indireto de novos programas de transferência de renda nas variáveis de saúde, mas não fazem menção à relação custo/benefício destes *vis-à-vis* a de outros programas públicos como de saneamento, educação e mesmo saúde. De toda forma, o grupo dos idosos de baixa renda aumentou suas chances de auto-avaliarem como pelo menos bom o seu estado de saúde e o próprio acesso a planos privados de saúde, ao mesmo tempo diminuindo a proporção daqueles que estiveram acamados nas duas últimas semanas. Isto calculado em termos de mudanças relativas aos demais brasileiros no período de 1998 a 2003. Incidentalmente este é o período da gestão de José Serra à frente do Ministério da Saúde, o que permite comparar a performance do setor saúde Antes de Serra (A.S.) e Depois de Serra (D.S.).