

mente saber o que fazer, e fazer o que se souber para garantir não apenas o aumento dos anos de vida, em média, mas, sobretudo, a redução das desigualdades, com aumento da qualidade da vida dos grupos mais postergados. Isto exige, é certo, muito mais do que podemos fazer no âmbito do sistema de saúde, mas inclui tudo o que possamos realizar em termos de promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência diferenciada aos indivíduos e grupos, de acordo com suas necessidades, em busca de respostas, compartilhadas, aos nossos problemas.

Referências bibliográficas

- Barreto ML & Carmo EH 1994. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano III (números 3 e 4):5-34.
- Barreto ML & Carmo EH 2000. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários do país, pp. 235-259. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Ministério da Saúde 2002a. Secretaria de Políticas de saúde. *Relatório de gestão, 1998-2002*. Brasília.
- Ministério da Saúde 2002b. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 - 2002*. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília.
- Paim JS 2003. *Atenção à saúde no Brasil*. (Texto produzido para a DECIT/MS, como subsídio aos debates sobre a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília, D. F. novembro de 2003). Circulação restrita.
- Teixeira CF 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde, pp. 261-281. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- Teixeira CF et al. 2002. Promoção e vigilância da saúde: desafios e perspectivas, pp. 101-125 In *Promoção e vigilância da saúde*. CEPS/ISC, Salvador.
- Teixeira CF 2003. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 27(65):257-277.
- Teixeira CF 2004. Saúde da família, promoção e vigilância da saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, edição especial, p pp. 10-23.

Modelos assistenciais podem diminuir o impacto das DCNT na seguridade social?

Can health care models decrease the impact of CNCD on social security?

Sebastião Loureiro ²

O artigo desenvolvido por Aloysio Achutti e Maria Inês Azambuja sobre o possível impacto das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis sobre a Seguridade Social constitui um excelente exercício de raciocínio científico de como gerar hipóteses, a partir da revisão de dados empíricos e da reflexão sobre teorias explicativas da configuração histórica (e dinâmica) de um dado perfil epidemiológico de uma sociedade concreta.

Partindo das premissas sobre a transição epidemiológica ocorrida nas economias industrializadas, com o predomínio das DCNT, e em crescente estruturação no Brasil, dedicam-se os autores a analisar diferentes hipóteses explicativas sobre a redução da mortalidade por DCNT.

A análise dessas hipóteses se faz pelo uso, de forma clara e precisa, dos conceitos epidemiológicos de incidência, prevalência, letalidade, "potencial de intensidade" e variação na "patogenicidade".

A contribuição maior dos autores, entretanto, é associar as diferentes hipóteses sobre a dinâmica das DCNT no Brasil aos modelos alternativos de organização de sistemas de saúde, com o objetivo de reduzir as repercussões sobre a Seguridade Social.

Embora os autores deixem claro que não se propõem a medir custo-benefício das intervenções sobre a DCNT, o artigo tangencia outros conceitos da economia da saúde desde quando o objetivo do trabalho é contribuir para o planejamento de possíveis intervenções e adoção de políticas adequadas.

Uma das definições da economia da saúde que abrange alguns dos objetivos enunciados refere-se à aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde (Del Nero, 2002). Os estudos de financiamento dos serviços e da atenção à saúde se integraram há muito tempo ao campo da economia da saúde.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. loureiro@ufba.br

Saliente-se, aqui, a contribuição do artigo para a necessidade de estudos de economia normativa sobre financiamento da Seguridade Social e da inter-relação entre modelos assistenciais e aumento ou redução de gastos com benefícios, auxílio-doença, aposentadorias precoces por invalidez. A discussão sobre o papel do Estado no financiamento de um modelo universalista torna-se cada vez mais importante na medida em que aumenta a carga tributária principalmente através de contribuições sociais, taxas e impostos, sem que se equacione o déficit da Previdência e a repartição justa dos recursos da Seguridade Social, prejudicando o orçamento para a Saúde (Mendes & Marques, 2003).

Embora os autores façam a ressalva que *outros determinantes de morbidade e outros determinantes demográficos e econômicos* podem estar presentes na relação DCNT e modelos assistenciais, a ênfase maior é dada ao envelhecimento da população e à persistência na exposição aos fatores de riscos. Poderiam ser explicitados ou sugeridos alguns dos “outros determinantes”. O modo de vida nas sociedades ocidentais, do qual faz parte uma constelação de *habitus* relacionados à posição de classe poderia explicar a freqüente distribuição das DCNT em diferentes estratos sociais? Por que não discutir a questão racial relacionada à hipertensão? A doença mental está excluída do conjunto de DCNT? Quais os critérios para a sua exclusão, quando se sabe o peso desta patologia devido ao pagamento de benefícios e de aposentadoria precoce. Lima, MG (2003), estudando 243 portadores de doença mental, encontrou um custo anual de R\$626.300,00 para a Previdência; em esquizofrênicos, observou, o custo aumentava quando cessava o recebimento do salário-benefício.

A análise dos possíveis modelos assistenciais apropriados a teorias explicativas da redução na ocorrência das DCNT é bastante interessante. Estas relações podem se constituir como hipóteses a serem verificadas empiricamente, desde que os dados estejam disponíveis no sistema de informações da Previdência Social. Devem-se considerar algumas variáveis como idade de recebimento do benefício, tempo de recebimento do mesmo, data do início da DCNT que gerou o benefício. As dificuldades de acesso aos bancos de dados primários da Previdência devem ser consideradas. Assim, é preciso que se encontrem estratégias para a sua superação tendo em vista a importância do tema.

O *site* da Previdência Social disponibiliza vários dados sobre benefícios (grupo de espécies) segundo grandes grupos, mas não discrimina quais os grupos de doenças que determinaram o pagamento de benefícios. Creio ser possível, no futuro, o acesso a estes dados com a finalidade de pesquisa e estudos.

Resumindo, trata-se de uma instigante contribuição para pensar a formulação de políticas de saúde tendo como base critérios de custo efetividade.

Referências bibliográficas

- Aquilas NM & Marques RM 2003. Os (des) caminhos do SUS. *Saúde em Debate* 27(65):389-404.
- Lima MG 2003. *Esquizofrenia e aposentadoria precoce: uma avaliação econômica*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 144p.
- Nero CRD 2002. O que é economia da saúde? In Piola SF & Vianna SM. *Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão de Saúde*. Ipea, Brasília.

Por que não vivemos uma epidemia de doenças crônicas: o exemplo das doenças cardiovasculares?

Why Brazil does not have an outbreak of chronic diseases: lessons from cardiovascular diseases?

Paulo Andrade Lotufo³

O texto de Achutti e Azambuja apresenta um dilema importante em todas as sociedades: o aumento da população idosa e a dificuldade da sociedade prover os recursos de previdência. As causas podem ser meramente demográficas ou econômicas, como redução da atividade econômica, mais desemprego e trabalho informal com a queda da receita previdenciária. Em todas as sociedades onde se estabeleceu o contrato social democrático, como no caso do Brasil, esse problema ocorre com maior ou menor determinação demográfica ou econômica. No caso brasileiro, com grande chance a questão demográfica tem importância menor do que a econômica, porque a proporção maior de ido-

³ Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. palotufu@hu.usp.br