

Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas

Epidemiological transition, health care model, and social security in Brazil: an analysis of trends and policy options

*Carmen Fontes Teixeira*¹

O artigo de Aloysio Achutti e Maria Inês R. Azambuja nos convida a refletir sobre as tendências que configuram a situação epidemiológica da população brasileira e suas relações com as políticas que incidem sobre o modelo de atenção à saúde e o modelo previdenciário. Nesse sentido, constitui-se em um exercício de construção de cenários, apontando a necessidade e a possibilidade de se articularem informações de diversas naturezas, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões que levem em conta os problemas e desafios que se apresentam aos dirigentes de instituições públicas com atuação nesses setores.

O ponto de partida do estudo apresentado pelos autores é exatamente a revisão de trabalhos que abordam a chamada transição epidemiológica, apontando suas características nos países desenvolvidos, quais sejam, a queda das taxas de mortalidade, o aumento da expectativa de vida ao nascer, o conseqüente envelhecimento da população e, principalmente, a mudança do padrão nosológico, que passa a apresentar uma predominância das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Transpondo essa tendência para a realidade brasileira, os autores se perguntam sobre as repercussões que esta situação tem e terá sobre a previdência e sobre a assistência à saúde.

A questão é pertinente e demanda a ampliação do debate, ainda mais se levarmos em conta que, tanto na área da previdência social quanto na área de saúde, vêm sendo formuladas e implementadas propostas de reforma que produzem e produzirão efeitos que podem contribuir para solucionar ou, inversamente, para agravar os problemas que lhes deram origem. Os autores apontam alguns dos desafios que estão colocados nesse campo, estimulando o diálogo entre especialistas das diversas áreas. Esta troca de pareceres, certamente, pode vir a acrescentar elementos que ajudem na compreensão dos problemas e na elaboração de propostas de solução exequíveis e viáveis. Nessa perspectiva, creio ser necessário problematizar

alguns aspectos da equação, particularmente aqueles relacionados com a política de saúde e o processo de reorganização do modelo de atenção, tema do qual tenho me ocupado mais sistematicamente nos últimos anos (Teixeira, 2000; 2002; 2003; 2004).

Um primeiro ponto a ser debatido diz respeito às características da nossa transição epidemiológica. Estudos como os de Barreto e Hage (1994; 2000) chamam a atenção para a especificidade do processo de mudança da situação demográfica e epidemiológica da população brasileira, na qual não se observa uma transição “típica”, mas sim uma transição “atípica”. Esta é decorrente não só da reemergência e “permanência” de doenças infecciosas e parasitárias – se não como causa de óbito, e sim como morbidade, detectada pelo sistema de vigilância epidemiológica e pelos registros de consulta ambulatorial e hospitalar – como também pela importância crescente das chamadas causas externas, expressão da violência social em suas mais diversas formas. Configura-se, assim, um “mosaico epidemiológico”, extremamente complexo, em virtude da distribuição desigual dos riscos e agravos nos diversos grupos da população, desigualdade que se expressa nas diferenças observadas nas taxas e coeficientes das diversas regiões do país, ou nas diferenças observadas entre microrregiões do mesmo estado, ou nas diferenças encontradas entre zonas de informação da mesma cidade, revelando, em última instância, as diferenças marcantes nas condições de vida e trabalho dos diversos segmentos populacionais no País.

Esse, a meu ver, é o maior desafio aos formuladores de política na área de saúde, especialmente os planejadores “bem-intencionados” citados por Achutti e Azambuja, que se preocupam cotidianamente com a implementação das propostas de reforma na organização dos serviços e na mudança das práticas em todos os níveis do sistema. Em verdade, não se trata apenas de boas ou más intenções, o que está em jogo é o confronto entre opções políticas distintas no processo da Reforma Sanitária Brasileira, que se expressa em uma série de dificuldades na construção do SUS. Até mesmo a resistência oferecida pelos grupos políticos, financeiros, técnicos e corporativos cujos interesses se ancoram no modelo anterior ao SUS, reci-

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. carment@ufba.br

clado durante os anos 90, com o fortalecimento do SAMS, de um lado, e a manutenção do modelo médico-assistencial hegemônico ao interior do próprio SUS (Paim, 2003).

De fato, uma análise mais aprofundada do processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, em curso nos últimos 15 anos, daria conta dos esforços que vêm sendo feitos para a chamada “reversão” do modelo de atenção, com ênfase na descentralização da gestão dos serviços e a reorientação das práticas, buscando-se, particularmente, investir no fortalecimento da atenção básica de saúde, eixo em torno do qual se vêm tratando de implementar e fortalecer ações de promoção da saúde e, particularmente, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, voltadas ao controle de riscos e agravos à saúde (MS, 2002a). Com isso, se percebe que a opção política governamental tem sido, e permanece na atual conjuntura, investir na construção de um sistema integrado de serviços de saúde, cuja base alargada se assenta nos territórios municipais e microrregionais, contando com redes assistenciais de referência para atendimento a problemas e grupos prioritários, como é o caso da atenção de urgência/emergência, a atenção ao parto e puerpério, a assistência psiquiátrica, oncológica e de reabilitação, entre outras (MS, 2002b).

Nesse contexto, a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, especialmente hipertensão e diabetes, são objeto de programas específicos, constituindo-se em prioridades do ponto de vista das ações a serem implementadas no nível básico de atenção. A gestão da atenção básica, assumida pela imensa maioria dos municípios do País que ingressaram no processo de municipalização e recebem, por conta disso, os recursos financeiros para a prestação dos serviços nesse nível, inclui, ao lado da redução da Mortalidade Infantil e Materna, do controle da tuberculose, hanseníase e outras doenças de notificação compulsória, a implementação das ações de controle da hipertensão e diabetes *mellitus*, do controle de câncer de mama e de útero e tendencialmente deverá incorporar ações de saúde do idoso, como já vêm sendo adotadas nas áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família.

Evidentemente que o SUS tem problemas e o processo de mudança do modelo está longe de se completar. Não se tem nem mesmo certeza de que se complete, a persistirem as pressões de toda sorte para manutenção do modelo assistencial ainda hegemônico, que confere

importância desproporcional à medicina clínica, hospitalar, de alta tecnologia e dependente dos fármacos. Não se trata também de negar a importância da atenção de média e alta complexidade, ainda mais levando em conta as características demográficas e epidemiológicas da população. O desafio é complexo exatamente porque precisamos equacionar o dilema de investir na atenção básica, para atender demandas reprimidas e necessidades historicamente desprezadas, ao tempo em que se avança com a racionalização da rede assistencial de média e alta complexidade, de modo que venha a operar com mais eficiência gerencial, maior efetividade assistencial e, principalmente, maior adequação ao perfil de uma demanda que se pretende modificar na medida em que se consiga elevar a qualidade da atenção básica na ponta do sistema.

Tudo isso exige recursos, é certo. Não há como pensar, nesse momento do processo de construção do SUS, que se vai simplesmente economizar recursos. É necessário que se possa contar com mais recursos, como aliás, está previsto na Emenda Constitucional 29, que estabelece os percentuais de gasto que cada nível de governo deve destinar à saúde. Resgatar a chamada “dívida social” que o Estado brasileiro tem com seus cidadãos é um processo que implica maiores investimentos nas políticas sociais e a saúde é apenas uma delas. Como a política econômica adotada nos últimos anos é restritiva com relação a estas áreas, instala-se a tensão permanente que vivemos no cotidiano das instituições de saúde, premidas pela necessidade de gastar menos e gastar melhor os recursos disponíveis.

O desdobramento dessa situação na área da previdência social é claro. O aumento da expectativa de vida gera o aumento da pressão sobre o orçamento previdenciário, pressão esta agravada pela manutenção de altas taxas de desemprego, que incidem negativamente sobre a receita. Diante disso, não é de estranhar que as propostas de reforma sugiram o aumento do tempo de contribuição e a elevação da idade-limite para o requerimento da aposentadoria. Assim, a viabilidade do sistema previdenciário tanto é afetada pela mudança da situação demográfica quanto busca se apoiar nela para garantir a continuidade e expansão do fluxo de arrecadação.

Do ponto de vista da saúde, da saúde coletiva, de onde me coloco para pensar os desafios do futuro, creio que interessa fundamental-

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