

- Gusmão HH 1948. *Contribuição para o estudo do problema da tuberculose nas indústrias de São Paulo*. Tese de doutorado. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, São Paulo
- Higgins M & Luepker R 1988. (eds). *Trends in coronary heart disease mortality: the influence of medical care*. Oxford University Press, Oxford.
- Laurenti R & Fonseca LA 1976. A mortalidade por doença cardiovascular no Município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-69). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 29:855-858.
- Lolio CA & Laurenti R 1986a. Mortalidade por doença cerebrovascular em São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 20:436-443.
- Lolio CA & Laurenti R 1986b. Evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no Município de São Paulo, 1970 a 1981. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 46:153-156.
- Lolio CA, Laurenti R & Souza JMP 1986. Decline in cardiovascular disease mortality in the city of São Paulo, 1970 to 1983. *Revista de Saúde Pública* 20:454-464.
- Lotufo PA & Lolio CA 1993a. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Estado de São Paulo, 1970-1989. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 61:149-153.
- Lotufo PA & Lolio CA 1993b. Tendência da mortalidade por doença cerebrovascular no Estado de São Paulo, 1970-1989. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 51:441-446.
- Lotufo PA, 1998. Premature mortality from heart diseases in Brazil. A comparison with other countries. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 70:321-325.
- Lotufo PA 2000. Increasing obesity in Brazil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. *São Paulo Medical Journal* 118(6):161-162.
- Marinho de Souza MF, Timerman A, Serrano CV Jr, Santos RD & Padua Mansur A 2001. Trends in the risk of mortality due to cardiovascular diseases in five Brazilian geographic regions from 1979 to 1996. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 77(6):562-575.
- Mascarenhas RS & Wilson D 1963. Diabetes melito e saúde pública. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* 28:31-41.
- Mondini L & Monteiro CA 1994. Changes in the diet pattern of the Brazilian urban population (1962-1988) *Revista de Saúde Pública* 28(6):433-439.
- Puffer RR & Griffith GW 1968. *Características de la mortalidad urbana*. Washington, DC Organización Panamericana de Salud (OPAS publ cient 151)
- Ramos J, Ratto O, Borges S & Lindenberg S 1949. Freqüência etiológica das cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2:181-192.
- Rubião-Meira D, Ramos J & Marcondes JR 1937. Incidência dos diferentes tipos de afecções cardiovasculares e de seus fatores etiológicos. *São Paulo Médico* 2:103-110.
- Torres Homem JV 1882. *Lições de Clínica Médica*. Lopes do Couto Editores, Rio de Janeiro.
- Tranchesi B *et al.* 1951. A etiologia das cardiopatias em São Paulo (Brasil). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 4:31-44.
- Yusuf S, Reddy S, Öunpuu S & Anand S 2001. Global Burden of Cardiovascular Diseases Part I: General Considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. *Circulation* 104: 2746.

The authors reply

Os autores respondem

Como seria de se esperar encontramos concordância nos aspectos mais gerais levantados pela dra. Carmen F. Teixeira. Nessa discussão, a ênfase em um ou outro ponto depende, basicamente, da preocupação de cada interlocutor com seu objeto imediato de estudo. É assim que caminha a humanidade e não há outra maneira de se progredir nesse terreno tão complexo e dinâmico, influenciado não somente pelas tensões da arquitetura interna do conhecimento como de pressões externas intercorrentes.

Aproveitando tópicos pinçados pela ilustre autora do comentário, algumas considerações adicionais poderiam explicitar melhor o texto original. Quando se usam expressões consagradas como “transição epidemiológica”, está-se utilizando apenas um rótulo que encerra um discurso, em que alguns termos podem ser úteis para a compreensão de uma nova conjuntura na qual se encontram aspectos semelhantes. Obviamente as características das populações são distintas e a cronologia é completamente outra. Assim, nunca se poderá esperar uma repetição “típica” do mesmo fenômeno. Apenas sua dinâmica é o que importa para compreender a direção na qual se aponta.

Aliás, provavelmente neste ponto se situam, quem sabe, algumas dificuldades no diálogo entre epidemiólogos, clínicos, políticos e pessoas interessadas no resultado dessas discussões. Enquanto quem toma como objeto o coletivo tende a compreender e a trabalhar sobre modelos que se repetem, tentando evitar a dispersão, aqueles que atendem aos indivíduos têm por obrigação cuidar da diversidade e das peculiaridades de cada um. Os responsáveis pela tomada de decisões em geral são levados a contemplar a realidade estrategicamente, situando-se ainda mais afastados dela, no tempo e no espaço, olhando-a sob diversos ângulos, valorizando mais o embate e o equilíbrio do poder. Os indivíduos, por sua vez, têm necessidades e interesses imediatos, orientados para sua segurança, baseados em suas experiências pessoais. A heterogeneidade da população, reforçada pela dinâmica da história é o que mais dificulta a re-aplicação de modelos explicativos e de soluções bem-sucedidas. Isso complica a prática do cientista treinado para trabalhar com a teoria, espécie de artifício para vaticinar sobre o futuro.

Quanto às reformas sanitárias, não se pode ter a pretensão de vê-las completadas. Trata-se de consertos num trem em alta velocidade de cruzeiro, cuja intervenção pode provocar desequilíbrios arriscados e não afastam o surgimento contínuo de outros problemas, demandando novas intervenções. Melhor seria pensar na reforma sanitária como um processo estratégico de manutenção e não numa meta a ser alcançada.

De novo poder-se-ia dizer que não existe um modelo cristalizado de assistência a ser contemplado. Os países mais ricos desenvolveram sistemas que não satisfazem a ninguém, somente aqueles que estão gozando de sua lucratividade. Continuam se defrontando com a luta entre a assistência básica e a de alta complexidade, e o modelo utilizado para a formação de profissionais, tanto aqui como lá, é essencialmente baseado na satisfação da última. O dilema não pára por aí, na medida em que se controlam os problemas mais comuns e simples e a população envelhece, aumentará necessariamente a demanda por atenção de maior complexidade. A baixa complexidade tem um limite inferior, mas a alta complexidade é infinita.

O que fazer é o desafio. O saber técnico ou científico já tem sido bastante explorado. A questão é de como aplicá-lo. O fazer está no domínio da política, da decisão entre prioridades, e as prioridades dependem do referencial de valores em jogo. Há uma tentação muito grande em propor uma intervenção de cima para baixo, baseada no poder político concentrado em mãos de poucos. Mas a natureza, em geral, se auto-regula pela participação de cada um num processo de baixo para cima.

Tentando fugir das tentações, mas ainda usando o expediente da teoria, poder-se-ia idealizar um modelo global mais bem equilibrado, no qual houvesse uma progressiva capacitação para a participação de cada indivíduo nos cuidados básicos de seu interesse, inclusive saúde, cada um autogerindo, sem paternalismos, o atendimento de suas necessidades básicas (de novo, incluindo saúde). Os profissionais da saúde ficariam como conselheiros e auditores monitorizando as condições básicas e atendendo às necessidades de maior complexidade, cuja natureza fugisse à competência da prática de cada um.

Obviamente, neste modelo, o perfil de morbi-mortalidade deverá mudar progressivamente na medida do sucesso, tornando-se ainda mais caro e complicado até um limite de capa-

cidade de intervenção com resultado potencialmente útil.

Para evitar qualquer interpretação dúbia sobre o reforço à valorização do enfoque individual, encerramos esta réplica com um texto extraído de um artigo ainda em impressão no *Canadian Journal of Public Health*, de Vanessa Ling Yu, BA, School of Arts and Sciences, York University e Dennis Raphael, PhD, School of Health Policy and Management, York University intitulado "Identifying and Addressing the Social Determinants of the Incidence and Successful Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Canada".

Presta-se o texto por usar, como objeto, o controle de uma das doenças do grupo sob enfoque, de alta prevalência, progressiva com a idade, e intimamente relacionada com as demais.

O renomado epidemiólogo Britânico Geoffrey Rose enfatizava que a educação por si só nunca seria suficiente para prevenir doenças desde que desigualdades nas condições de saúde refletem a maneira pela qual as sociedades estão organizadas. É o contexto material do dia-a-dia – com forte efeito da inadequação de renda – que determina saúde. Isto também pode se aplicar ao diabete.

As projeções desesperadas de uma epidemia iminente de diabete no Canadá apela para a expansão de um enfoque sobre determinantes sociais de sua incidência e manuseio desta séria doença. Nós precisamos entender como as condições materiais do cotidiano influenciam o curso da doença. Isto exige mais do que o tradicional enfoque de saúde pública exortando as pessoas a fazerem escolhas saudáveis e seguir regimes recomendados por médicos e orientações sanitárias. Progressiva evidência sobre os determinantes sociais da saúde e as vias pelas quais estes determinantes caminham sub-repticiamente estão se acumulando. Diabete tipo II parece ser uma doença que é particularmente suscetível aos efeitos desses determinantes sociais. Estamos nós preparados para identificar com seriedade os meios para reduzir sua incidência e melhorar o seu manejo aplicando nosso conhecimento a este importante tema de saúde pública?

Os comentários do dr. Sebastião Loureiro permitem retornar a alguns aspectos do tema que merecem mais desenvolvimento: economia da saúde, nomenclatura e o abismo que separa o técnico do político.

A aproximação dos conhecimentos e métodos tradicionais da saúde com os da economia

trouxe certamente vantagens, abrindo novas perspectivas para a saúde pública, tirando-a da torre de marfim do reino estritamente biológico, emprestando-lhe novos instrumentos de descrição e análise, facilitando também a tentativa de diálogo com o poder, possibilitando a promoção dos interesses do setor saúde entre as prioridades políticas.

Alongando a vista para além das causas imediatas, tentando alcançar as causas das causas, conforme dizia o professor Geoffrey Rose, chegam-se necessariamente aos demais setores, nos quais a única linguagem comum é a econômica.

Esta mesma percepção integradora também vem acontecendo nos conceitos básicos e na nomenclatura. As categorias de morbidade atualmente em uso derivam de adaptações e tentativas não muito felizes, a partir de conceitos de entidades independentes, ignorando-se a organicidade do indivíduo, dele no conjunto populacional, e em seu meio ambiente.

O conhecimento evoluiu muito sob todos os pontos de vista: etiológico, anatômico, fisiopatológico, epidemiológico, ecológico, mas a nomenclatura continua relativamente cristalizada, apenas adaptada. Os paradigmas também evoluíram no sentido de encontrar definitiva continuidade e comunicação entre partes antes consideradas estanques.

O clássico muro separando doenças infecciosas das crônicas-degenerativas há tempos já desabou. A interação ecológica com outros seres vivos com os quais se interage, traz modificações, seja por efeito direto, seja através de sistemas de comunicação e regulação como o imunitário e o nervoso.

Afora os exemplos já bastante discutidos, pode-se lembrar a hipótese de associação entre a pandemia de influenza de 1918 e a epidemia de doença isquêmica do coração registrada ao longo do século 20 (Azambuja, 2004), e a hipótese – proposta na investigação sobre pressão arterial na população adulta do Estado do Rio Grande do Sul em 1978 (Costa, 1981) – de uma progressiva perda da capacidade renal de regular a excreção de sódio estar associada a infecções de repetição, o que explicaria a maior prevalência de hipertensão arterial entre populações mais pobres.

Se saúde mental for incluída na discussão, não haverá maneira de discriminá-la de nenhum conjunto clássico de morbidade, seja através dos mecanismos universais do estresse, da fisiologia integradora dos mediadores quí-

micos, seja do comportamento, desde fatores de risco até complacência ao tratamento.

Realmente, é de surpreender como se consegue dialogar e progredir utilizando ferramentas tão toscas como a linguagem dita científica, bem como palmilhando territórios tão movediços como o das ciências da vida.

Apesar de tudo deve haver muito de arte na comunicação científica que permite veicular e discutir idéias e conceitos a despeito da imprecisão e inadequação dos termos. Parte, entretanto, das dificuldades em fazer entender as prioridades de saúde para quem está fora do setor provavelmente se radica nesta confusa nomenclatura oriunda de paradigma já superado.

As frustrações, quando se deixa a torre dos estudos e das hipóteses, aventurando-se pelas ravinas do mundo real, em grande parte se devem ao abismo que separa a especulação teórica e mesmo a experimentação individual do emaranhado político.

A aplicação da teoria depende de estratégia política para a qual em geral os cientistas não estão habilitados. A política não se restringe a valores semelhantes aos utilizados pela ciência, não segue um processo racional, tem um grande componente afetivo, no qual pesam interesses geralmente de curto prazo, enquanto a solução de problemas populacionais se mede a médio e longo.

Os comentários de Sebastião Loureiro reforçam a idéia de que existe uma linguagem capaz de estabelecer uma ponte entre o técnico e o político através da tradução econômica e do impacto das condições de saúde e doença de uma população.

Em resposta aos comentários do dr. Lotufo é importante dizer que, embora a crítica à denominação DCNT seja pertinente, a utilização desta terminologia é uma referência ao recorte da morbi-mortalidade proposto pela OMS como contraponto às doenças infecto-parasitárias. Ninguém está satisfeito com o rótulo, mas a classificação reúne um grupo de condições que, conforme o paradigma causal corrente, compartilharia um número pequeno de fatores de risco, alvos potenciais de intervenções preventivas: fumo, dislipidemias, hipertensão, obesidade, sedentarismo e diabetes.

Segundo a OMS, as DCNT não apenas estariam substituindo as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) como principal causa de morbi-mortalidade no Terceiro Mundo, como deveríamos esperar uma verdadeira epidemia desses agravos nos próximos anos. Esta previ-

são justificaria a proposta de mudança no sistema de atenção à saúde dos nossos países, de forma a que passassem a contemplar a detecção precoce e o acompanhamento continuado de portadores de fatores de risco – fatores estes que constituiriam o solo comum para o desenvolvimento de diversas DCNT. Concordamos com Lotufo sobre a fragilidade das premissas que embasam a predição desta “epidemia” de DCNT e, pelo menos no caso do Brasil, há ausência de evidência empírica neste sentido.

Os ricos dados históricos apresentados por Lotufo concordam com a proposição feita por Azambuja (2004), de que a ocorrência de Doença Isquêmica do Coração (DIC) ao longo do século 20 estaria, na verdade, representando a soma da ocorrência de duas diferentes condições, ambas designadas como Doença Isquêmica do Coração, mas com diferentes fisiopatogênias: uma associada à inflamação e à síndrome metabólica (HAS, obesidade, diabetes), proporcionalmente dominante em tempos de baixa ocorrência – no início do século 20 e progressivamente após 1980 – e outra associada à hipercolesterolemia, responsável pela epidemia de DIC com apogeu na década de 1960, e que a autora sugere ter tido relação com a Influenza de 1918. A epidemia de DIC realmente teria terminado. O que vemos agora é DIC e AVC associados a diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). E em função da composição de cor e da pobreza da população brasileira, mais do que do McDonald, no caso do AVC já vemos, hoje, mortalidade maior e mais precoce, especialmente entre as mulheres, no Brasil que nos EUA.

Uma hipótese alternativa para explicar, ao menos em parte, a evolução observada nas séries de dados, poderia estar também na qualidade da informação: em vez de uma verdadeira epidemia, uma onda de diagnósticos (anteriormente represada entre as doenças mal definidas, ou nos diagnósticos sindrômicos). A partir das décadas de 1960 e 1970 começa-se dispor

de um progressivamente maior número de cardiologistas, armados com eletrocardiógrafos (confirmação do diagnóstico de infarto do miocárdio) e com informações mais atualizadas sobre o que vem sendo alertado em outras comunidades.

Como procuramos ressaltar, as propostas de re-organização da atenção à saúde para os nossos países estão entremeadas por interesses econômicos. Como diz Bresser Pereira na FSP de 4-6-2004: *Quando vemos os países ricos negociarem duramente com os países em desenvolvimento seus interesses comerciais, por que devemos acreditar que em outras circunstâncias, quando se propõem a aconselhá-los sobre como alcançar o desenvolvimento, não estejam na verdade defendendo só seus próprios interesses? Por que é razoável para os países pobres supor que as agências que os países ricos criaram para dar esses conselhos atendam aos seus interesses nacionais, e não aos interesses dos países que de fato as controlam?*

Esta deve ser a preocupação central dos formuladores de políticas de saúde pública no Brasil hoje. Todos estamos de acordo que tudo pode começar com fatores socioeconômicos e, depois de passar por categorias de morbidade clássicas, voltar a se expressar com impacto socioeconômico. Nesta perspectiva, os remédios não estarão na prateleira das farmácias, nem nos hospitais, mas na macro-política.

Referências bibliográficas

- Azambuja MI 2004. Spanish flu and early 20th-century expansion of a coronary heart disease-prone subpopulation. *Texas Heart Institute Journal* 31:14-21
- Azambuja MI 2003. Estudo comparativo sobre a mortalidade atribuída às doenças cardiovasculares nos EUA e no Brasil no ano de 1999. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):583-584 (abstract).
- Costa EA 1981. *A cross-sectional survey of blood pressure in Rio Grande do Sul, Brazil, with special reference to the role of salt*. Thesis presented to the Faculty of Medicine of the University of London for the degree of Doctor of Philosophy. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres.