

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 extratos 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

tos é decorrente da diminuição da natalidade em razão da queda abrupta das taxas de fecundidade, e não em decorrência do aumento da longevidade (Carvalho & Garcia, 2003).

Embora seja prático, o termo “doenças crônicas não-transmissíveis”, empregado pelos autores, merece comentário. Ele designa um conjunto de doenças – em oposição do ponto de vista etiológico – como “não-infecciosas”; e, do ponto de vista temporal, como “não agudas”. Contudo, existem doenças crônicas cuja causa básica são agentes infecciosos e transmissíveis como úlcera péptica (*Helicobacter pylori*), e carcinoma de colo uterino (papilomavírus). O curso crônico, no entanto, pode ser observado em doenças infecciosas e contagiosas como hanseníase, malária e paracoccidiodomicose, enquanto a história natural do infarto agudo do miocárdio e da hemorragia subaracnoídea pode ser medida em minutos. Por isso, o adequado seria abandonar o amplo leque de doenças crônicas para se analisar, detidamente, os seus principais grupos. Primeiro pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças, como doenças cardiovasculares e os cânceres, em um primeiro instante; e num segundo momento, detalhar as doenças cerebrovascular e coronária e os tipos específicos de câncer. No presente comentário, apresentaremos o panorama brasileiro das doenças cardiovasculares para contestar a idéia de epidemia e emergência das doenças crônicas tal como sugerido por textos que, ao destacarem o exemplo asiático, fazem extrapolações indevidas da realidade brasileira (Yusuf *et al*, 2001).

Como mostraremos, a seguir, a epidemia de doenças cardiovasculares, mais apropriadamente das doenças cerebrovascular e coronária, já ocorreu e poderá até voltar, considerando-se o aumento da obesidade e diabetes (Lotufo, 2000), porém nunca pela razão apontada: a opção pelo estilo de vida ocidental, mais exatamente, a adoção do padrão alimentar americano das grandes redes como McDonald's. Essa denominação, além de desconhecer a geografia do planeta, não tem base empírica que mostre, por exemplo, que a “macdonaldização” foi assumida no cotidiano da população brasileira. Ao contrário, há evidências de que as modificações dietéticas no País seguiram rumos próprios, que até poderiam explicar parte do aumento da obesidade, porém distante do padrão americano de alimentação (Mondini & Monteiro, 1994).

A antiguidade da questão “doença cardíaca” no País é mostrada em compêndios médi-

cos do século 19 como *Lições de Clínica Médica*, que descreve no Rio de Janeiro pacientes com angina e infarto do miocárdio em época em que não só a doença cardíaca reumática e luética eram altamente prevalentes (Torres Homem, 1882).

A importância das doenças crônicas no perfil de mortalidade do Brasil se estabeleceu na década de 1960, quando o conjunto das doenças do aparelho circulatório se sobrepôs ao das doenças infecto-parasitárias nas capitais do País (Bayer & Goes, 1984). No entanto, a mudança do predomínio das doenças crônicas sobre as doenças infecto-parasitárias, na capital paulista, ocorreu no pós-guerra imediato (c. 1945-1950). Em 1900, entre as dez principais causas de óbito em São Paulo encontravam-se as “doenças do coração” (terceiro lugar, 6,5%) e as “congestões e hemorragias cerebrais” (décimo lugar, 2,1%). Em 1930 estavam entre as dez mais frequentes as “doenças do coração” (quarto lugar, 4,8%); as “outras afecções do aparelho circulatório” (sexto lugar, 4,3%); o “câncer” (sétimo, 4,1%); e as “congestões e hemorragias cerebrais” (nono lugar, 2,5%). Já em 1960, as “doenças do coração” se afirmavam como a principal causa (19,0%), secundadas pelo “câncer” (12,1%) e pelas “lesões vasculares do sistema nervoso central” (7,7%). A décima causa, com 2,1%, é o diabetes (Mascarenhas & Wilson, 1963).

Uma série de estudos iniciados em 1937 em São Paulo (Rubião-Meira *et al*, 1937, Chiaverini, 1940; 1948; 1951; Ramos, 1949; Tranchesi, 1951[Quadro 1]) descreveu o perfil das cardiopatias na primeira metade do século. Embora esses estudos somente tenham reconhecido a doença chagásica nos anos 40, a proporção de casos internados com diagnóstico de hipertensão e aterosclerose era grande o suficiente para mostrar a importância e relevância de tais fatores de risco nesse período. Em 1948, um estudo de triagem para tuberculose com exames radiográficos (abreugrafia) em 39.488 operários em São Paulo encontrou 1,2% de casos de miocardiopatia dilatada (Gusmão, 1948).

Estudos de mortalidade mostraram que a evolução das doenças cardiovasculares na cidade de São Paulo nas décadas de 1940 a 1960 mostrou o declínio da doença reumática do coração e a emergência da doença isquêmica e cerebrovascular. Em 1940, tanto a doença reumática como a coronária apresentavam taxas de mortalidade semelhantes. Trinta anos após, os óbitos pela doença reumática correspondiam

Quadro 1

Frequência de doenças do coração em série de casos em estudos publicados em São Paulo entre as décadas de 1930 e 1950.

Autor, Ano	Hipertensão	Aterosclerose	Reumática	Chagas	Lues
Meira, 1937	10,5	19,0	12,0	–	21,0
Chiaverini, 1940	31,1	19,3	21,1	–	19,7
Ramos, 1949	67,6	5,5	18,5	–	2,6
Chiaverini, 1948	31,0	22,0	16,0	–	13,0
Chiaverini, 1951	69,3	8,7	15,9	–	1,6
Tranchesì, 1951	23,4	20,7	23,7	10,9	7,4

a somente 10% dos ocasionados pela doença coronária. O predomínio dos óbitos por doença coronária em relação à cerebrovascular estabeleceu-se na cidade de São Paulo ao final dos anos 40 (Laurenti & Fonseca, 1976).

Estudo comparativo da Organização Pan-Americana da Saúde sobre mortalidade em adultos realizado em São Paulo e Ribeirão Preto (e mais dez cidades) no início dos anos 60 já mostrava que as taxas de mortalidade pelas doenças do aparelho circulatório entre os homens dessas cidades paulistas se aproximavam dos valores observados no Reino Unido e nos Estados Unidos. No entanto, as brasileiras tinham taxas maiores do que as mulheres britânicas e americanas. Para ambos os sexos, a mortalidade associada à hipertensão apresentava taxas mais elevadas nas cidades paulistas (Puffer & Griffith, 1968).

Em meados da década de 1980, detectou-se a queda da mortalidade por doença cerebrovascular e coronária na cidade (Lolio & Laurenti, 1986a; 1986 b; Lolio *et al.*, 1986) e no Estado de São Paulo (Lotufo & Lolio, 1993a; 1993b), tendência que se espalhou posteriormente para o conjunto das regiões metropolitanas brasileiras. Em suma, a mortalidade pela doença coronária e cerebrovascular ainda pode ser alta quando comparada à de outros países (Lotufo, 1998), apresenta taxas declinantes ou mesmo estáveis (Lotufo, 2000), porém nunca em elevação como relatado para regiões onde houve melhora da qualidade da certificação (Nordeste) ou alteração radical da ocupação do espaço (Centro-Oeste) (Marinho de Souza *et al.*, 2001).

Importante ressaltar que o movimento declinante de mortalidade antecede à introdução de tratamentos mais eficazes de redução da letalidade da doença cerebrovascular e coronária. A hipótese da expansão da morbidade que

postula que o declínio na mortalidade é devido à redução nas taxas de letalidade das doenças é extremamente fraca. Explica-se, por exemplo, pela observação de que a redução da mortalidade por doença coronária nos Estados Unidos iniciou-se no final dos anos 60, ou seja trinta anos antes da introdução de intervenções terapêuticas específicas para o infarto do miocárdio e para a angina de peito.

Concluindo, não há epidemia de doenças crônicas ou adoção recente de “hábitos ocidentais” no Brasil. O aumento da proporção da população idosa é decorrência da queda das taxas de fecundidade, e o impacto das ações médicas no aumento da longevidade ainda são pouco perceptíveis, visto que a queda da mortalidade cardiovascular antecede à adoção de novas modalidades terapêuticas. A diferença dos dias de hoje para os de 50 anos atrás é o aumento da noção de cidadania, é a necessidade de extensão de todos os benefícios, principalmente aos que mais se abatem pelas doenças. Nesse sentido, haverá uma carga maior decorrente da pressão pelas medidas de rastreamento e prevenção por aqueles que eram anteriormente excluídos dos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- Bayer GF & Goes S 1984. Mortalidade nas capitais brasileiras 1930-1980. *RADIS-dados*, 2.
- Carvalho JÁ & Garcia RA 2003. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cadernos de Saúde Pública* 19:725-733.
- Chiaverini R 1940. *Contribuição ao estudo das cardiopatias em São Paulo*. Tese de livre-docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Chiaverini R 1948. Considerações clínicas sobre 429 cardíacos hospitalizados. *Revista Paulista de Medicina* 32:30-33.
- Chiaverini R 1951. Tipos etiológicos de cardiopatias em um núcleo ferroviário de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 4:403-412.

- 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, Ôunpuu 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.