

Globalização, envelhecimento e o papel dos serviços de saúde

Globalisation, ageing and the role of health services

Globalización, envejecimiento y el papel de los servicios de salud

Ardigó Martino

RESUMO: O cenário demográfico e epidemiológico global é dominado por um rápido crescimento na incidência de patologias crônicas seja em países de alta renda seja naqueles com renda média ou baixa. A maior incidência de patologias crônicas em um contexto de aumento da expectativa de vida média produz uma maior incidência de casos de pacientes complexos, que apresentam a associação de diversas patologias e/ou a copresença de condições sociais desfavoráveis (vulnerabilidade sociosanitária). Esse tipo de paciente precisa de intervenções integradas em diferentes níveis. O novo cenário epidemiológico representa uma ameaça para os Sistemas de Saúde. Tal contexto epidemiológico prevê uma intervenção ativa do setor de atenção primária na coordenação de intervenções relativas ao setor de cuidado intermediário, com uma função de integração multisserviço entre hospital e território, e integração multisetorial, entre recursos sociais, de saúde, comunitários e familiares.

Palavras-chave: Doenças crônicas; Redes de atenção à saúde; Cuidado intermediário; Integração multisetorial.

ABSTRACT: *The global demographic and epidemiological scenario is dominated by a rapid growth in the incidence of chronic diseases, both in high-income countries and those with medium / low income. The higher incidence of chronic pathologies in a context of increased average life expectancy produces a higher incidence of complex patients, who present the association of several pathologies and/or the co-presence of unfavorable social conditions (health and social vulnerability). This type of patient needs integrated interventions at different levels. The new epidemiological scenario represents a threat to Health Systems. This epidemiological context foresees an active intervention of the primary care sector in the coordination of interventions in the intermediate care sector, with a multi-service integration function between hospital and territory, and multi-sector integration between social, health, community and family resources.*

Keywords: *Chronic diseases; Health care networks; Intermediate care; Multisectoral integration.*

RESUMEN: *El escenario demográfico y epidemiológico global está dominado por un rápido crecimiento en la incidencia de patologías crónicas, ya sea en países de ingresos altos o de ingresos medios o bajos. La mayor incidencia de patologías crónicas en un contexto de mayor esperanza de vida media produce una mayor incidencia de casos de pacientes complejos, que presentan la asociación de varias patologías y / o la copresencia de condiciones sociales desfavorables (vulnerabilidad social y sanitaria). Este tipo de paciente necesita intervenciones integradas a diferentes niveles. El nuevo escenario epidemiológico constituye una amenaza para los Sistemas de Salud. Tal contexto epidemiológico prevé una intervención activa del sector de atención primaria en la coordinación de intervenciones en el sector de atención intermedia, con una función de integración multiservicio entre hospital y territorio, e integración multisectorial. entre recursos sociales, sanitarios, comunitarios y familiares.*

Keywords: *Enfermedades crónicas; Redes de asistencia sanitaria; Atención intermedia; Integración multisectorial.*

As necessidades de saúde no contexto atual e o papel dos serviços. Globalização envelhecimento e serviços de saúde

Os processos marcantes da nossa época, a globalização, o envelhecimento da população, a transição epidemiológica, estão mudando profundamente a distribuição e a prevalência das doenças, assim como o estado de saúde da população e as necessidades de saúde. A partir dessas considerações, a Organização Mundial da Saúde está sugerindo uma profunda reorganização dos serviços de saúde, assim como da formação de profissionais e trabalhadores (Van Lerberghe, 2008).

Infelizmente, a globalização está modificando os determinantes de saúde que agem em um determinado território, de forma muito articulada e complexa; por isso, em nível local, se torna necessário, de forma muito cuidadosa e específica, quais são as mudanças epidemiológicas, quais são e como se modificam os fatores de risco para a saúde de indivíduos, grupos de pessoas e a comunidade como um todo.

Normalmente, a globalização, epidemiologia e transição epidemiológica, a organização dos serviços de saúde e a pedagogia médica são estudados e analisados de forma separada, utilizando-se diferentes disciplinas que não necessariamente cooperam e dialogam uma com a outra. Essa condição pode representar um limite para a gestão como para a formação. De facto, o envelhecimento da população e o aumento da incidência das doenças crônicas deveriam mudar o foco do sistema de saúde, desde o cuidar do corpo ao cuidar da pessoa, a cura, e a prevenção e a promoção da saúde. Produção do cuidado, prevenção e promoção da saúde que são mais dependentes das dimensões pessoais, culturais, sociais, ecológicas e políticas, no caso das doenças agudas (WHO, 1986; 2005; 2013). Em outras palavras, poderíamos dizer que, no contexto atual, a *illness* e a *sickness* são mais importantes que a *disease* (Boyd, 2000). A partir do momento que os processos ligados à globalização estão consideravelmente aumentando a complexidade dos determinantes sociais de saúde (Wilkinson, & Marmot, 2015), assim como o número e a variedade dos fatores de risco que afetam os indivíduos e a comunidade, é fácil entender o porquê de esses processos serem tão estreitamente ligados e o porquê de terem que ser extensivamente investigados, para poder entender qual tipo de conhecimento, competências e habilidades são necessárias no novo contexto, como os serviços de saúde deveriam ser reorganizados e a alta formação e a formação continuada, ambas reestruturadas.

Produzir conhecimento a respeito da saúde, e seus significados individuais e sociais, necessita uma abordagem interdisciplinar, e métodos e ferramentas de investigação mista. As doenças agudas e crônicas diferem consideravelmente em termos de história clínica, tipo de tratamento, de itinerários terapêuticos dos pacientes, e quanto aos níveis de engajamento do sistema de saúde.

Por esse motivo, para entender os efeitos da globalização no novo contexto, precisaremos desenvolver ferramenta de análise específica, e o conhecimento produzido, assim como as informações coletadas devem ser incorporadas nas intervenções clínicas e na promoção da saúde.

Uma primeira e fundamental diferença entre as doenças agudas e as crônicas é que as doenças crônicas não podem ser curadas, podendo ser cuidadas, mas não curadas, a partir do facto de que quase todas as doenças crônicas são irreversíveis. Isso significa que, mesmo com um tratamento perfeito, as pessoas deverão acompanhar uma terapia para o resto da vida. Em outras palavras, o tratamento para as doenças crônicas não é voltado à restauração da saúde em termos biológicos, mas para controlar os sintomas e prevenir a progressão da doença a fases mais severas, especialmente prevenindo a falta de autonomia de um indivíduo. Sendo assim, o tratamento das condições crônicas deveria ser entendido como uma estratégia de prevenção terciária que precisa ser mantida ao longo da vida inteira de um sujeito, exatamente para afastar, no tempo, a perda de autonomia desse paciente. Mas se os esforços do serviço não se direcionarem nessa direção, estando a demografia e a epidemiologia e demografia correntes, existe um sério risco de que o próprio serviço de saúde seja o autor da produção de gasto desnecessário em saúde através do over-medicalização de pacientes e comunidade, causando a insustentabilidade do sistema de saúde. Os pacientes, por exemplo, podem desenvolver uma doença crônica a partir dos 35-40 anos e, com as tecnologias atuais, esperar viver até 85-90. Isso pode significar que os pacientes comecem o primeiro tratamento aos 35 anos, e com a progressão da doença, irão adicionando mais terapias ao longo do tempo, aumentando a intensidade do cuidado e os custos, e prosseguindo nesse percurso pelos restantes 50-60 anos de vida que os expectam.

Em outras palavras, o paciente pode viver acompanhado pela doença crônica por mais que 50% de sua vida, dele incrementalmente o consumo de fármacos, tecnologias e serviços de saúde de alta densidade, como os hospitais. A abordagem curativa direta ao corpo, portanto, baseando-se principalmente nas terapias, intrinsecamente vai produzindo

um incremento dos custos e tem um impacto negativo em termos de qualidade da vida dos pacientes e quanto à sustentabilidade da vida dos pacientes. Ao oposto, intervenções promotivas e preventivas podem adiar o aparecimento das doenças crônicas, assim como das incapacidades, e ajudar a controlar os custos dos sistemas de saúde.

Para poder acompanhar as terapias, os pacientes deverão poder modificar os hábitos cotidianos e o estilo de vida em uma época de vida na qual os comportamentos não são fáceis de serem modificados. Portanto, as estratégias promotivas e preventivas devem ser consideradas essenciais para contrastar as doenças crônicas, e devem ser combinadas com as estratégias curativas. De facto, o aumento da incidência das doenças crônicas deve ser prevenido, e o começo do tratamento farmacológico deve ser postergado o máximo que se puder. Mas em todos os casos, mesmo em termos de tratamento ou de prevenção/promoção às doenças crônicas, mostra-se a forte dependência do comportamento individual. Os pacientes crônicos devem acompanhar as terapias como parte integral de suas vidas; as pessoas atuantes no campo da saúde deveriam mudar os hábitos daqueles a quem cuidam, mesmo se sentindo saudáveis e se sentindo satisfeitos com sua vida atual. Por isso, o entendimento e a percepção das pessoas e das comunidades têm implicações relevantes no cuidado e na prevenção das doenças crônicas (Barr, *et al.*, 2003).

Para entender melhor porque isso acontece, é apropriado voltar aos sentidos mais profundos das palavras saúde e doença. A partir da definição da Organização Mundial da Saúde, a saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar e, portanto, uma condição que envolve valores e convicções dos indivíduos. Uma implicação fundamental dessa abordagem é que "impossível definir o que é saúde sem ter em consideração as trajetórias individuais e os desejos dos indivíduos. Por outro lado, os desejos individuais dependem dos processos sociais de enculturação, no sentido de que os indivíduos podem desejar ou não o que a sociedade tem apresentado por eles. De acordo com a perspectiva hermenêutica em saúde, a experiência que o paciente tem da doença tem que ser avaliada em termos de capacidade de ser adequada ao contexto.

Como proposto por Gadamer (1996a,b,c), a saúde deveria ser entendida como a capacidade de um indivíduo de ser adequado e integrado na vida e na sociedade ou, em outras palavras, poderia ser definida como a liberdade de poder obter o que desejamos. Liberdade e desejos têm contemporaneamente uma dimensão social e individual, a partir do facto de que estar no mundo significa estar, aqui, junto com outras pessoas.

Ser adequado e integrado no contexto e na vida exige um ser - adequado e integrado - no espaço social e cultural no qual ele vive. Nessa perspectiva, a saúde pode ser entendida como uma “condição de uma participação ativa e recompensadora nas tarefas de todos os dias”.

Ser adequado garante também que, quando as pessoas tenham escolhido a profissão, o passatempo, o esporte, o estilo a moda etc., elas possam “performar” as “funções” que são apropriadas a essas escolhas e identidades e, dessa forma, elas se assegurem ocupar o espaço que as faz pertencentes à sociedade.

Em outras palavras, por poder interagir positivamente com o espaço social, os indivíduos devem acompanhar um conjunto de regras que são específicas a uma definida identidade social, em um dado contexto.

Como observado por Goldstein (1954), por conseguir manter a saúde, um indivíduo deve poder “viver em acordo com as obrigações que resultam do espaço no qual a pessoa vive/ *to live up to the obligations that result from the environment in which the person live*”. Mas para poder viver com saúde, e feliz, um indivíduo deve poder escolher sua identidade e concordar - ou melhor desejar - as obrigações que resultam de suas escolhas. Em outras palavras o ser adequado define uma negociação dinâmica, negociada, e um equilíbrio transformativo entre as liberdades, individuais e coletivas. Pelo contrário, como ressaltado por Gadamer (1996), as doenças são percebidas, pelos pacientes e pela comunidade, como uma perda de liberdade individual e do ser adequado como equilíbrio dinâmico. Além disso, a doença como perda da liberdade “imperturbada” vai produzindo a *expulsão da vida*, ou um “estado de ruptura social”. Em outras palavras, quando o paciente reconhece a doença, ele entende que algo deve ser feito na tentativa de resolver e restaurar sua relação com o mundo. Entender esse sentido profundo do processo saúde-doença vai produzindo efeitos consideráveis em termos de organização de serviços de saúde, da organização das estratégias de cuidado, e em termos de efeitos da globalização na saúde.

Primariamente, a *illness* e a *sickness* não podem ser tratadas como entidades separadas, a partir do momento que os horizontes simbólicos, as crenças, e a vontade das pessoas são fortemente influenciados pela organização e representação social. Além disso, outra diferença fundamental entre doenças agudas e crônicas é que, quando os pacientes acessam o serviço de saúde, eles tenham já reconhecido estarem doentes.

Em outras palavras, os pacientes têm passado por um processo específico de negociação social, quando eles pedem ajuda a respeito de sua saúde deles, eles estão transferindo a autoridade terapêutica e a legitimação em cuidar aos que eles reconhecem como capazes e confiáveis para cuidar. Como Canguilhem (1998) tem evidenciado, é esse o processo que torna os profissionais de saúde os que têm autoridade terapêutica sobre os pacientes. Mas no contexto da promoção e da prevenção, os pacientes não são doentes e nem sempre eles entendem a doença e, por isso, a autoridade terapêutica não é transferida ao sistema de saúde e aos profissionais, e o paciente pode ter dificuldade em entender porque ele deveria aderir a prescrições e mudar sua vida.

Como se não bastasse, a biomedicina foca as intervenções nas dimensões biológicas da doença, mas nem sempre considera qual é o impacto dessas prescrições nas dimensões da *illness* e da *sickness*, no sentido de que a prescrição biomédica pode produzir em si uma limitação ao bem-estar individual. Outro aspecto é que as doenças agudas podem se beneficiar de um sistema de serviços de saúde múltiplo e hierárquico no qual os pacientes são tratados em base na intensidade da necessidade de cura.

Os pacientes com condições de saúde relativamente simples devem ser tratados em um *setting* de atenção primária, caracterizado por um uso moderado de tecnologias e um uso proeminente de competências organizacionais e relacionais. Se as doenças são mais graves, os pacientes devem ser referidos ao nível secundário, no qual será aplicado um conhecimento de saúde de tipo especialístico, junto com as tecnologias de tipo biomédico. Esse tipo de intervenção, normalmente faz com que o paciente retorne ao nível de saúde precedente e a sua vida normal. Se isso não acontecer na maioria dos casos, podem ser convocados outros níveis de especialização, quando não diretamente o hospital, ou um hospital de altíssima complexidade, como os universitários. Esse nível de atenção é caracterizado para um uso intensivo de tecnologia biomédica, e poucas tecnologias relacionais e organizacionais. Em todos os casos, o destino de um paciente 'sempre o mesmo: voltar para a vida normal, cronificar a doença, ou falecer.

Implicações para os sistemas de saúde e estratégias de cuidado

Em décadas anteriores, a Organização Mundial da Saúde estava avisando a comunidade internacional a respeito de modificar os serviços de saúde, de acordo com o novo cenário epidemiológico e com os problemas de saúde da população.

Em 2008, a OMS sugeriu que os países adotassem modelos de saúde voltados à atenção primária. Isso implica uma mudança nas competências para todos os profissionais da área da saúde, resultando na necessidade de retrainar e readaptar os trabalhadores, assim como modificar os currículos dos cursos universitários.

Esse cenário necessita de três diferentes tipos de ações: introduzir uma abordagem sistemática ao avaliar as necessidades de saúde da população, considerando seja as dimensões da *disease*, seja as da *illness*, seja as da *sickness*; introduzir uma abordagem sistemática ao avaliar os serviços locais de saúde e as implicações em termos de saúde da população; introduzir uma abordagem sistemática ao avaliar as necessidades educacionais dos profissionais de saúde e dos jovens profissionais. De acordo com o *expanded chronic care model*, e o *model for integrative care*, torna-se cada vez mais importante construir uma estratégia para desenvolver redes intersetoriais envolvendo a todos os atores comunitários de um determinado território, desde os pacientes até os hospitais. Montar essa rede vai exigir uma estratégia e uma metodologia específica e que precisam ser apoiadas por ferramentas quali-quantitativas aplicadas ao contexto da saúde. Esse tipo de estratégia deveria contribuir também para o desenvolvimento dos processos de educação permanente, de formação de tutores, de formadores de formadores no campo da atenção primária em saúde, de modo a beneficiar toda a rede dos serviços. A produção de conhecimento focado no trabalho para o cuidado e num determinado contexto pode possibilitar aprendizagem significativa e, entres pares, além de possibilitar intervenções baseadas nos determinantes sociais que agem nos territórios (Bernabei, *et al.*, 1998).

Finalmente, nesse contexto, é muito importante manter uma abordagem de saúde global. De facto, se por um lado em contextos rurais são importantes em termos de migração, de itinerários terapêuticos dos pacientes, a respeito de fatores de risco ligados aos hábitos e ao ambiente, por outro lado, existe uma dificuldade profunda de os profissionais de saúde entenderem as implicações desses processos no trabalho cotidiano.

Por isso, é essencial estimular os profissionais em se engajar no contexto internacional através de estudos de caso especificamente construídos para estimular a reflexão e a comparação local global, expondo-os a conhecimentos produzidos em outros contextos sociais, geográficos e culturais (Edelman, & Haugerud, 2005).

Referências

- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.12927/hcq.2003.16763.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z., & Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ Journals*, 316(7141), 1348. Recuperado em 01 julho, 2019, de: DOI: 10.1136/bmj.316.7141.1348.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9-17. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://mh.bmj.com/content/26/1/9>.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patológico*. Torino, Italia: Einaudi.
- Edelman, M., & Haugerud, A. (Eds.). (2005). *The Anthropology of Development and Globalization: From Classical Political Economy to Contemporary Neoliberalism*. UK: Blackwell Publishing.
- Gadamer, H. G. (1996a). The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. In: Gadamer, H. G. *On the enigmatic character of health*. (1991) (p.111). Cambridge: Polity Press.
- Gadamer, H. G. (1996b). The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. In: Gadamer, H. G. *Between nature and art*. (1987). Cambridge: Polity Press.
- Gadamer, H. G. (1996c). The Enigma of Health. The Art of Healing in a Scientific Age. In: Gadamer, H. G. *Treatment and dialogue*. (1989). (p.137). Cambridge: Polity Press.
- Goldstein, K. (1954). The concept of health, disease and therapy; basic ideas for an organismic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 8(4), 745. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.1954.8.4.745>.
- Van Lerberghe, W. (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.who.int/whr/2008/en/>.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2015). *Social determinants of health*. OUP Oxford.
- WHO. (1986). World Health Organization. *Ottawa charter for health promotion*. *Health promotion*, 1, iii-v. Recuperado em 01 julho, 2019, de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

WHO. (2005). World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf;jsessionid=27820524B2F558F115D732F19D684B7C?sequence=1.

WHO. (2013). World Health Organization. *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. World Health Organization. Recuperado em 01 julho, 2019, de: https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/.

Ardigó Martino - Graduado em Medicina e Cirurgia, Universidade de Bologna, onde também obteve o título de Doutor. Especializou-se em Medicina Preventiva, Escola de Especialização em Higiene e Medicina Preventiva da Universidade de Bologna. Integra o Conselho Científico do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, *Alma Mater Studiorum Università Di Bologna*. Atua como Professor Visitante Estrangeiro no Instituto Integrado de Saúde, INISA, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, UFMS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Saúde Global, Saúde dos Migrantes e Pesquisa-ação, trabalhando com temas como: medicina de família e comunidade, prevenção e promoção da saúde, epistemologia, determinantes sociais da saúde, participação social, metodologia de pesquisa em saúde, educação e formação em saúde.

E-mail: ardigo.martino@ufms.br