

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

EDITORIAL

Manuel Lopes - Doutorado em Enfermagem; Coordenador da Reforma do Serviço Nacional de Saúde para a Área dos Cuidados Continuados Integrados

O envelhecimento e os sistemas de saúde

Reconhecendo a dimensão do fenómeno do envelhecimento e as suas repercussões aos mais diversos níveis da vida social e política assumimo-lo como foco central da RIASE logo no seu primeiro Editorial. Enunciámos então alguns dos diversos desafios que este fenómeno nos coloca e afirmámos o seguinte: “... a conjugação da saúde e envelhecimento confronta-nos com a necessidade de uma mudança paradigmática de grande dimensão e enorme impacto. Os atuais sistemas de saúde foram pensados e desenvolvidos em função do paradigma da doença aguda. Ora as alterações demográficas acarretaram alterações epidemiológicas que precisamos considerar quando equacionamos os sistemas de saúde”. Voltamos agora ao tema para detalhar um pouco mais a “mudança paradigmática” então mencionada.

De forma sintética, podemos dizer que o envelhecimento populacional pode ser entendido como o resultado da diminuição da natalidade conjugado com o aumento da esperança média de vida. Todavia, para a compreensão mais aprofundada deste fenómeno devemos acrescentar outras variáveis não menos importantes e que têm um efeito sinérgico sobre o mesmo. Assim, devemos olhar com atenção os fenómenos migratórios que afetam alguns países, nuns casos com forte tendência emigratória, o que contribui para o agravamento das taxas de envelhecimento, noutros mais marcados pela imigração, esbatendo assim aquela tendência; os processos migratórios internos aos próprios países, com desertificação das zonas rurais e gentrificação dos grandes centros urbanos; as alterações sociofamiliares, nomeadamente as que acentuam as tendências de isolamento familiar, contribuindo para que, cada vez mais, tenhamos famílias constituídas por dois idosos ou mesmo idosos sem família.

Por sua vez, as alterações epidemiológicas podem ser, de algum modo, encaradas como a simples consequência de vivermos mais anos, todavia, devem merecer também um olhar mais atento. De facto, a principal alteração epidemiológica é caracterizada pela diminuição acentuada da prevalência de doenças infecto-contagiosas e pelo incremento das doenças crónico-degenerativas. Se tomarmos como exemplo Portugal, um dos países Europeus onde o fenómeno do envelhecimento é mais acentuado, verificamos que entre as 10 principais causas de morte apenas uma é atribuível a doença infecciosa (Infeção respiratória), todas as restantes são doenças crónico-degenerativas. Se analisarmos a evolução ocorrida entre 2005 e 2015 verificamos que a única doença infecciosa desse *ranking* passou do 3.º para o 4.º lugar⁽¹⁾.

Se nos focarmos agora nos fatores de risco mais associados a este novo quadro epidemiológico verificamos que eles são essencialmente comportamentais e associados a estilos de vida (e.g., tipo de dieta, consumo de álcool e de tabaco, atividade física).

Face ao exposto, podemos afirmar que temos uma população cada vez mais envelhecida, portadora de doenças crónicas (comorbilidades), estando estas associadas a estilos de vida. Se acrescentarmos que em alguns países a percentagem de pessoas idosas^(a) ultrapassou já os 20% da população, numa tendência que, de acordo com as projeções estatísticas, será crescente pelo menos até 2050, particularmente entre os muito idosos (85 e mais anos), percebemos melhor a dimensão do desafio.

Estarão os sistemas de saúde preparados e a dar a resposta que uma alteração desta natureza exige?

Arriscaríamos a dizer que os sistemas de saúde estão a alterar a sua resposta mais de forma reativa do que proactiva, conseqüentemente, com menos capacidade de antecipação por insuficiência de planificação.

De forma sintética, como convém a um editorial, diríamos que os sistemas de saúde devem, entre outras coisas, focar-se na prevalência das doenças crónicas e na comorbilidade enquanto problema de saúde pública e na reengenharia do sistema em função desta nova realidade epidemiológica.

No que concerne à primeira prioridade (i.e., prevalência das doenças crónicas e na comorbilidade) destacamos o imenso desafio que decorre do facto de estarmos perante uma realidade que se define como crónica por natureza e cujos fatores de risco são essencialmente comportamentais e associados a estilos de vida. Esta realidade fica ainda mais complexa se pensarmos que a maioria das pessoas idosas não tem uma, mas diversas doenças crónicas (comorbilidade), podendo assim afirmar-se que cada diferente conjugação de doenças crónicas se poderá constituir, em si mesma, como uma entidade nosológica distinta.

Estamos assim perante situações que evoluem de forma crónica, ao longo de, pelo menos, 20 anos^(b), exigindo por isso um investimento considerável sobre os fatores de risco ao nível comunitário, mas também um enorme investimento na capacidade de autogestão dos processos individuais de saúde-doença através do incremento da literacia em saúde. Este esforço é tanto maior quanto nós sabemos, por antecipação, que os maiores défices de literacia (geral e de saúde) ocorrem exatamente na população mais envelhecida.

Por outro lado, este esforço assume-se como determinante porque, de acordo com diversos estudos, não existe qualquer associação entre envelhecimento e gastos em saúde, todavia, existe entre envelhecimento com doença e gastos em saúde⁽²⁾. Assim sendo, todo o inves-

(a) Na União Europeia, pessoa com 65 e mais anos.

(b) A esperança média de vida aos 65 anos é, em Portugal, de 19,3 anos

timento que for feito na preservação da saúde ou no controle das doenças crónicas contribui para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde.

A segunda prioridade (i.e., reengenharia do sistema em função desta nova realidade epidemiológica) é complementar da primeira, mas merece que destaquemos alguns elementos que nos parecem cruciais. Assim, redesenhar um sistema de saúde pensado para uma população onde prevalecem as doenças crónicas e onde a maioria dos consumidores de cuidados são idosos exige a adoção de modelos compatíveis. De entre as principais características desse “novo” sistema destacaríamos como pilar central a necessidade de apostar na continuidade de cuidados através da definição de percursos de cuidados centrados nas pessoas. Este enunciado tão simples e tão glosado colide com uma organização vertical dos sistemas de saúde e obriga à mobilização de atores novos para o processo de cuidados. Um sistema pensado em função de percursos de cuidados garantirá que cada pessoa encontre em cada momento a resposta que precisa. Exigirá que se considere o potencial de cuidar de todos os atores (nomeadamente o potencial de autocuidado) e que se integrem no processo de cuidados. Exigirá por isso novos papéis a todos os intervenientes. As pessoas que carecem de cuidados precisam passar de utentes-consumidores a cidadãos co-responsáveis pelo processo de cuidados; os profissionais de saúde precisam evoluir para um patamar de proatividade que inclua e mobilize os múltiplos atores (e.g., o próprio doente, os familiares cuidadores, a comunidade de inserção, as autarquias) no processo; os restantes atores sociais (e.g., setor social e solidário, autarquias) precisam de assumir a saúde como prioridade; os responsáveis políticos precisam assumir a saúde em todas as políticas⁽³⁾.

Neste contexto, os serviços de saúde precisam (re)pensar os seus modelos organizacionais de modo a darem resposta a estes desafios. Assim, o trabalho em equipa multidisciplinar será um requisito básico obrigatório, o diagnóstico nosológico será apenas uma parte de um diagnóstico necessariamente multidimensional, a competência comunicacional assumir-se-á cada vez mais como determinante e as novas tecnologias serão uma ferramenta essencial para facilitar e corporizarem esta nova realidade, permitindo que os serviços de saúde deixem de estar limitados aos seus espaços físicos.

De forma transversal às duas prioridades enunciadas impõe-se a necessidade de assumirmos a avaliação dos resultados em saúde. Para isso e como forma de garantir, por um lado, que estamos a responder às expectativas das pessoas e, por outro, às necessidades de sustentabilidade do sistema, precisamos adotar a avaliação da funcionalidade, tal como recomendado pela OMS⁽⁴⁾.

Os desafios, aqui apenas brevemente enunciados, são imensos. Exigem por isso que cada um de nós, enquanto cidadão, os assuma para que, desse modo, consigamos continuar a contribuir para o desenvolvimento e bem estar das pessoas.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (US). Global Burden of Disease (GBD 2010) [Internet]. 2016 [citado em 20 março 2017]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Figueras J, McKee M, editors. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead, Berkshire (UK): McGraw-Hill; Open University Press; 2012.
3. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
4. VanSant AF. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Pediatric Physical Therapy [Internet]. 2006 [citado em 21 março 2017];18(4):237. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.pcp.0000245823.21888.71>.

Correspondência: mjl@uevora.pt