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

EDITORIAL

Felismina Mendes[1].

[1]Departamento de Enfermagem Universidade de Évora. Comprehensive Health Research Center (CHRC), Évora, Portugal.

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).672.3-7

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 10 N.º 1 ABRIL 2024

Temas e áreas marginais na saúde

A primeira aula que lecionei a estudantes de enfermagem tinha como tema central os cuidados de enfermagem aos migrantes. Estávamos no final dos anos oitenta do século vinte e Portugal não enfrentava nenhuma crise migratória digna desse nome. Apesar disso, este era um tema que integrava o plano curricular do curso de enfermagem e, claro, da unidade curricular que então lecionava. Tratava-se, no fundo, daquilo que tempos mais tarde se viria a designar como cuidados culturalmente competentes numa clara influência da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado e/ou Enfermagem Transcultural de Leininger.

Na altura pareciam prever-se os tempos futuros, pautados pela vinda para Portugal, durante os anos noventa do século XX de um importante número de cidadãos provenientes do continente africano (sobretudo dos PALOP) e que culminaram com uma grande vaga de migrantes do Leste europeu e com a chegada da segunda vaga de pessoas oriundas no Brasil, durante os nos primeiros anos do século XXI. Desde aí os movimentos migratórios não pararam e hoje Portugal (embora não faça parte dos países com mais migrantes ou que mais migrantes recebe atualmente, ao contrário do que algumas forças políticas afirmam) confronta-se com fluxos migratórios essencialmente de países asiáticos, de cultura, costumes e crenças desconhecidos de muitos profissionais de saúde.

Por mera coincidência, a última aula que lecionarei tem precisamente o mesmo tema e faz parte de uma unidade curricular de Saúde e Sociedade onde pontuam os chamados temas marginais (saudificação, sobdiagnóstico e a medicalização, a macdonaldização dos cuidados, questões de género, a violência interpessoal ou cuidados às populações migrantes, entre outros), que desde o início da década de noventa do século vinte foram integrando paulatinamente o plano curricular do curso de enfermagem, e a que sempre estive direta ou indiretamente ligada como docente e/ou investigadora, em grande parte devido à minha especialização em enfermagem de saúde pública e à minha formação complementar de sociologia. Mas essencialmente devido à minha inquietação com a sociedade em que vivo e à forma como nela, a cada momento, as dinâmicas dos cuidados de saúde se vão mantendo, alterando ou reconstituindo.

Temas marginais porque não dominam as agendas, nem captam o interesse, nem a paixão que o intensivismo e a tecnologia de "lifesaving" captam, seja em docentes, estudantes ou profissionais. São também temas que não surgem com a frequência que merecem e exigem em publicações científicas de enfermagem e de saúde, nem são também com frequência alvo de investigação em teses de mestrado ou doutoramento. Defende-se e sustenta-se que o modelo biomédico foi ultrapassado, mas na prática, as profundas transformações que ocorreram na saúde das populações e na tecnologia, não foram acompanhadas pelas necessárias e adequadas respostas políticas, organizacionais e formativas.

Claro que houve mudanças nestas áreas, porque em três décadas e meia seria impossível as alterações não terem ocorrido. No entanto essas alterações centraram-se maioritariamente no contexto hospitalar e no reforço do dito intensivismo, muito sustentado na tecnologia crescente e nas diferentes configurações do "lifesaving". A mudança foi ocorrendo, novas dinâmicas instalaram-se, mas nelas permaneceu sempre o hospitalocentrismo e a persistente ausência da integração de cuidados.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) sofreram inevitavelmente várias reformas ao longo destes trinta e cinco anos, e hoje a sua organização e funcionamento alteram-se profundamente, mas o seu lugar de cuidados periféricos manteve-se inalterado, na prática e no imaginário da população e dos próprios profissionais (nomeadamente os hospitalares). Há dicotomias que se revelaram e continuaram a revelar extraordinariamente difíceis de ultrapassar, se é que alguma vez serão superadas.

Os cuidados de longa duração surgiram, de forma organizada, em Portugal em 2006 mediante a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com diferentes respostas para uma população onde pontuavam maioritariamente (mas não exclusivamente também havia respostas no âmbito da pediatria, saúde mental e cuidados paliativos) as pessoas idosas e/ou com doença crónica com multimorbilidade e dependência grave. O sucesso inicial destes cuidados, apesar da escassez de oferta, nunca conseguiu competir com o referido hospitalocentrismo. Estes cuidados e as unidades em que são prestados, prevalecem mais uma vez no imaginário profissional e social ao mesmo nível que os CSP – um nível demasiado frágil para a importância que efetivamente têm na resposta às necessidades de saúde das populações.

A atual reforma de organização dos cuidados, com a generalização a todo o país do modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS), pode trazer contributos para esbater essas dicotomias, mas o seu questionamento pelos atuais dirigentes políticos e não só, deixa antever, mais uma vez, dificuldades na operacionalização de novas dinâmicas organizativas que, de vez, ultrapassem as configurações perenes.

Não pretendo fazer deste editorial uma história da evolução dos cuidados de saúde ou do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS), apenas alertar para a importância daquilo a que designei como temas marginais e para a centralidade que têm no atual contexto social e de saúde e ainda alertar que não basta mudar os nomes dos modelos ou deixar de os nomear para que eles deixem de existir. O modelo biomédico e hospitalocêntrico, face ao desenvolvimento tecnológico (nomeadamente da Inteligência Artificial) e às atuais condições de organização e funcionamento do setor público e privado da saúde, mantém-se fortes e saudáveis. Revelam-se como se fossem indestrutíveis e eternos ao contrário das pessoas/utentes, que

continuam a ser frágeis e mortais, apesar da melhoria generalizada das suas condições de vida e de saúde. Se é certo que em cada época são as construções socioculturais que determinam as centralidades da saúde em cada momento, parecem persistir alinhamentos impossíveis de ultrapassar.

Mas há temas marginais que se impuseram socialmente quando se tornaram inevitáveis nos países ocidentais e quando a evidência científica os assinalou. É o caso do envelhecimento (social, cultural, política e de saúde) e das novas necessidades e desafios que exige na organização dos cuidados de saúde, para além dos novos mercados que alimenta. Durante anos o envelhecimento assumiu um estatuto de marginalidade na sociedade e no contexto profissional e académico. Atualmente, no entanto, quer a sociedade, mas essencialmente os mercados (da saúde ao académico), descobriram e reconheceram o potencial da "golden generation" e da "silver economy" e quando assim acontece, a marginalidade do tema esbate-se, ou a centralidade do tema impõe-se, como se preferir, e passa a dominar todas as agendas.

Outros temas e/ou áreas marginais a que sempre estive ligada foram aquelas que integram a Saúde Pública. A importância desta área é historicamente reconhecida pelo trabalho realizado ao longo no tempo nomeadamente na melhoria dos diversos indicadores de saúde, de que são exemplo clássico os da área da saúde materno-infantil. O sucesso histórico da Saúde Pública a par da melhoria das condições de vida e saúde, parece ter funcionado como o caminho para o seu apagamento. De tal modo que a sua ação de monitorização contínua do risco através da vigilância epidemiológica, ambiental e entomológica contínuas, parecem permanecer desconhecidas ou irrelevantes.

A recente pandemia de SARSCoV-2 permitiu à Saúde Pública ganhar, de novo, um incontornável e indispensável protagonismo. Ultrapassada a situação pandémica tudo parece ter-se eclipsado e a sua condição de marginalidade ou de área periférica está de regresso (eventualmente até à próxima pandemia). Os contributos da Saúde Pública, marcados na maior parte dos casos pela simplicidade, são essenciais à prestação de cuidados de saúde de qualidade. Todos deviam conhecer a história da Saúde Pública e o legado daqueles como Semmelweis que na década de 60 do século XIX atribuiu a elevada mortalidade das mulheres associada à febre puerperal à ausência de higiene das mãos por parte dos profissionais que realizavam o parto. Instituída a regra de higienização das mãos antes dos procedimentos do parto, por todos os profissionais que nele intervinham, o número de infeções desceu de imediato. Uma medida importante, simples, eficiente e eficaz.

Todos os profissionais conhecem, desde os bancos de escola, as medidas de higiene das mãos, que foram centrais e reforçadas durante a recente pandemia. A ligação não é direta porque há diferentes variáveis a considerar (fragilidade e vulnerabilidade das pessoas inter-

nadas, resistência antibiótica, procedimentos invasivos), mas a higiene das mãos é decisiva para conter a infeção hospitalar. Questiona-se então porque continua Portugal a ser um dos três países com maior prevalência de infeção hospitalar na Europa, segundo dados de 2022--2023 do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC).

Não posso também ignorar o papel marginal das políticas de saúde na formação dos profissionais (de que se mantém assepticamente afastados). Mas é o conhecimento das políticas de saúde e através delas do SNS e da sua importância para a esmagadora maioria da população portuguesa, que inevitavelmente nos deve conduzir a defendê-lo perante vozes mediáticas (a que o senso comum raramente fica indiferente) que paulatinamente se tornaram consensuais na sua descredibilização. Este mediatismo consensual instalado corrói e destrói não só o SNS, como a confiança no mesmo por parte da população. Precisamos de analisar, compreender e questionar estas mensagens, as estratégias que as sustentam e objetivos que servem. Da mesma forma devemos analisar e compreender as dificuldades por que passa o SNS e dar contributos para as ultrapassar. Se o SNS for completamente desmantelado (e não se trata meramente de uma questão ideológica) a maioria da população portuguesa fica sem acesso aos cuidados de saúde, porque não tem capacidade financeira para aceder a cuidados privados de saúde e porque os planos de seguros de saúde estão muito longe de cobrir os custos dos cuidados que efetivamente se propõem assegurar.

Termino salientando que os temas e áreas marginais da saúde, desde o conhecimento da evolução da sociedade e dos cuidados de saúde às construções sociais que expressam a mudança em cada momento são fundamentais e cada vez mais centrais no trabalho dos profissionais de saúde. É preciso compreender, analisar e questionar o mundo da saúde, no seu conjunto, e nunca ignorar como é que as novas dinâmicas surgem, moldam e se afirmam em cada época socio-histórica.

Autora
Felismina Mendes
https://orcid.org/0000-0001-9518-2289

Autor Correspondente/Corresponding Author:
Felismina Mendes – Departamento de Enfermagem
Universidade de Évora, Portugal.
fm@uevora.pt

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.