

Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas¹

Introdução

A transição epidemiológica constitui hoje preocupação prioritária a nível global. Trata-se de um fenómeno complexo que mudou a natureza causal da mortalidade prematura (mortalidade que ocorre antes de tempo e que é, muitas vezes, devida a doenças evitáveis). Antes, eram as doenças provocadas por agentes infecciosos que antecipavam a morte. Agora, no contexto deste processo de mudança, surgem as doenças não transmissíveis como causas principais de óbito. Estima-se que a diabetes, doenças respiratórias crónicas, cérebro-cardiovasculares e cancro representem, pelo menos, 60% do total daqueles óbitos.

O reconhecimento da sua importância é universal. Diz respeito a todos os países, incluindo em vias de desenvolvimento. Em Portugal, tal como, aliás, nos restantes estados membros da União Europeia, a transição do perfil epidemiológico adquire, devido à sua magnitude, preocupação de saúde pública. A este propósito, estima-se que 50% dos cidadãos portugueses tenham uma doença crónica e que 25% terá mais de uma.

As doenças crónicas não transmissíveis, em regra, provocam grande diminuição da qualidade de vida, avultados gastos em terapêutica prolongada e baixa de produtividade. Muitas destas doenças têm tratamento mas, quase sempre, não são passíveis de cura. Têm de comum o facto de poderem ser influenciadas, em termos da ocorrência de novos casos, pelos próprios comportamentos dos cidadãos, inseridos nas respectivas famílias e comunidades. Assumem expressão epidémica no quadro de pandemias preocupantes agravadas pelas tendências crescentes e descontroladas que as respectivas curvas epidémicas exibem. Impõem, por isso, a adopção urgente de medidas promotoras de saúde e de prevenção.

As despesas que originam (*burden*) no conjunto do orçamento do Sistema de Saúde crescem todos os anos. Se nada for feito, muitos epidemiologistas prevêem que estas doenças irão consumir até 80% dos recursos financeiros disponíveis.

Investimentos criteriosos na prevenção permitirão, no entanto, obter mais ganhos em saúde e, naturalmente, também financeiros, uma vez que são sempre considerados menos dispendiosos do que os aplicados na gestão e no tratamento da doença.

Esta é a razão pela qual se criou em Portugal um Movimento que pretende implementar acções inovadoras eficazes para proteger o futuro da saúde dos cidadãos, no contexto de serviços de proximidade existentes a nível local, em cada comunidade. Estes serviços de proximidade adquirem a responsabilidade de abranger toda a população. Quer isto dizer, interessam a todos os cidadãos, para além dos inscritos nos respectivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). É a este nível que o trabalho articulado entre os sectores público, social e privado tem relevância especial, sobretudo no que se refere às autarquias locais.

¹ Texto de Setembro 2011.

A nível global a identificação do problema que estas doenças constituem motivou, pela segunda vez na História da Organização das Nações Unidas (ONU), a convocação de uma Assembleia Geral (Nova Iorque, Setembro de 2011) para debater um tema emergente de saúde pública com comprovado impacto no desenvolvimento sócio-económico.

A transição demográfica e a mudança epidemiológica

A transição demográfica, isto é, a mudança que se verifica no conjunto da população, impõe novos desafios ao Sistema. Adaptação e flexibilidade são essenciais. A transição que é caracterizada pelo duplo envelhecimento (menos jovens e mais pessoas idosas) e pelo reduzido ou até negativo crescimento da população surge como consequência natural do processo de desenvolvimento depois de ultrapassadas as etapas da urbanização e da industrialização. Corresponde, pode dizer-se, a uma fase post-industrial que actualmente os países ricos vivem. Este período, em Portugal, é marcado pela natalidade inferior à mortalidade e pela transfiguração da clássica pirâmide desenhada em função da prevalência de grupos etários. O Sistema terá que se adaptar para cuidar de 1 milhão de portugueses com idades compreendidas entre 65 e 74 anos; 700 mil entre 75 e 84 anos e 200 mil com mais de 85 anos de idade.

O grande objectivo será, fundamentalmente, traduzido pela ambição de reduzir a mortalidade prematura evitável, isto é, de prevenir as doenças que antecipam a morte dos portugueses.

A esperança de se viver aumentou muito. Vive-se, agora, mais tempo. Irá continuar a aumentar. No futuro, viver-se-á ainda mais. Todas as acções programáticas que visem a promoção do envelhecimento activo (saudável), a nível comunitário, são prioritárias.

Por outro lado, a transição epidemiológica que, igualmente, é marcante, faz sobressair as doenças crónicas no novo perfil de morbilidade. As doenças cérebro-cardiovasculares, a diabetes, o cancro e as doenças respiratórias crónicas (asma e doença obstrutiva) passaram a ocupar lugares cimeiros como causas de morbilidade e de mortalidade prematura. Têm como denominador comum o facto das respectivas taxas de incidência e prevalência serem influenciadas pelos comportamentos, pelos estilos de vida; por determinantes que podem, em grande parte, ser controlados.

A hipertensão arterial adquiriu expressão epidémica descontrolada em Portugal, mas os seus factores de risco podem ser mais controlados, com mais pujança, com mais determinação, por iniciativas conduzidas junto dos cidadãos. A incidência da diabetes tipo II, calculada em 60 mil novos casos anuais, poderá ser controlada e reduzida. Da mesma forma, o cancro exigirá acções mais vigorosas, para além da prevenção primária, novos programas de prevenção secundária, isto é, de diagnóstico precoce, que possibilite tratamentos adequados rapidamente instituídos. Mas, também, no mesmo sentido, as doenças respiratórias crónicas poderão ser melhor controladas com ambientes interiores e exteriores com mais exigência na qualidade do ar que, inevitavelmente, todos respiram (sobretudo, redução da exposição ao tabagismo).

Progrediu-se, é certo, no controlo do tabagismo passivo em espaços públicos.

Por outro lado, no corolário final de muitas destas doenças, que respostas eficazes, atempadas e suficientes devem ser dadas?

A estas equações, os epidemiologistas somam estudos de custo-efectividade, custo-utilidade e de custo-benefício na perspectiva de proporem respostas mais eficientes (fazer mais e melhor, com menos recursos).

Factores de risco

Os factores de risco das doenças crónicas não transmissíveis são bem conhecidos e, em parte, são comuns. Todos reconhecem que a alimentação desequilibrada em calorias e em composição, o sedentarismo, o tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas são, comprovadamente, os principais riscos. Ninguém ignora a importância da sua redução que, aliás, muitas vezes representa uma cadeia inter-relacionada. Estes riscos em cascata permitem realçar a necessidade de planear acções de prevenção primária, implementadas e desenvolvidas pelas unidades de proximidade. Repare-se concretamente nas seguintes interacções:

Excesso do consumo de sal → Hipertensão arterial → Doenças cardiovasculares

Ou, ainda,

Alimentação hipercalórica e sedentarismo → Pré-obesidade → Obesidade → Diabetes → Doenças cardiovasculares

Ou, por outro lado,

Tabagismo →

<i>Doenças respiratórias crónicas</i>
<i>Cancro do pulmão</i>
<i>Doenças cérebro-cardiovasculares</i>

Há muito se sabe que a Diabetes Tipo II é uma doença eminentemente familiar. Por isso, os membros da família de doentes devem ser informados e devidamente aconselhados no sentido de medidas que combatam aquela propensão.

A tendência genética para certas doenças pode agora, também, ser identificada por antecipação graças a estudos moleculares, através da leitura da sequenciação de ADN, o que possibilita abordagens individuais específicas.

Governos, Academia, sociedade civil (entendida como a faixa que existe entre a Administração Central e os cidadãos), bem como os sectores social e privado devem, de forma articulada, fomentar o financiamento de linhas de investigação que tenham por objectivo identificar pontos mais vulneráveis das respectivas epidemias e seus determinantes.

O primeiro contacto

As doenças crónicas não transmissíveis, evitáveis, constituem, muitas vezes, a essência do primeiro contacto dos cidadãos com o Sistema de Saúde.

A esse nível, isto é, no seio de cada família, os serviços de saúde terão que ser próximos e, naturalmente, acessíveis. Mas, também, socialmente aceites.

Os cuidados de proximidade implicam, em termos infra-estruturais, a organização de unidades de saúde familiares, integradas com outras unidades complementares no conjunto do Agrupamento a que pertencem.

Ora, estas unidades na comunidade e perto dos cidadãos, estão em Portugal, à semelhança do que sucede em outros países, confrontadas com as consequências da transição demográfica e da mudança do perfil de morbilidade.

As doenças crónicas têm, porém, como denominador comum o facto de poderem ser, em grande parte, prevenidas através da adopção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde e de ambientes saudáveis.

Para tal, serão as unidades de proximidade que devem possibilitar amplo acesso dos cidadãos a cuidados de qualidade. Têm como implicação custos orçamentais que acabam por representar ganhos (*savings*).

Equipas bem organizadas, integradas por diferentes especialistas, onde os enfermeiros se destacam, naturalmente, transferem para os cidadãos informações na perspectiva de facilitarem a aquisição de novos conhecimentos que motivem opções no sentido da conservação da saúde. Em relação à alimentação equilibrada, a opção informada visa reduzir o excesso de calorias, de alimentos com teores elevados em sal, açúcares e gorduras, em especial ácidos gordos *trans* de origem industrial. Da mesma maneira procura incentivar o consumo de vegetais, frutas e fibra, em geral. As mesmas equipas ocupam-se, igualmente, das actividades que têm por objectivos a moderação do consumo de bebidas alcoólicas, mas, também, a promoção do exercício físico regular em todas as idades e a redução do consumo de tabaco, quer activo (diminuição da prevalência de fumadores), quer passivo, em espaços públicos fechados.

O enfermeiro nos cuidados de proximidade

A evolução e as dinâmicas sociais têm originado novas e diferentes formas de olhar os fenómenos de saúde e doença. Também as reformas na Saúde, em particular nos cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados, são essenciais para, através de novas e inovadoras soluções, assegurar respostas de proximidade aos cidadãos, orientadas para a melhoria da acessibilidade e favorecendo a equidade.

Com a mudança de paradigma, o desenvolvimento das intervenções deve ser centrado no cidadão e respectiva família ao longo do ciclo de vida e do *continuum* de cuidados. As intervenções em promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de

cuidados aos doentes, incluindo os que se encontram nos dias finais de vida, estão sempre focadas no cidadão.

Aproximar a prestação de cuidados aos locais onde residem ou trabalham os portugueses tem sido preocupação constante dos representantes, quer das populações, quer das associações, quer do próprio Serviço Nacional de Saúde.

O cidadão, sempre que é confrontado com um determinado problema ou necessidade de cuidados de saúde, deseja, naturalmente, ver essa situação resolvida ou essa necessidade satisfeita de forma expedita e, de preferência, com os menores custos. Condição ainda mais evidente perante um problema efectivo de saúde que o limite ou incapacite, necessitando de cuidados, como quase sempre sucede perante a ocorrência de uma doença crónica. Nesta circunstância, o que procura é a obtenção da ajuda, de forma presencial ou não, de um profissional de saúde e o atendimento ou encaminhamento para o local mais adequado à sua doença, com o mínimo de desconforto e o máximo de eficácia e segurança possíveis.

Embora se compreenda o conceito de cuidados de proximidade, surgem, muitas vezes, questões ou interrogações sobre os seus limites e benefícios.

Deste modo, como encontrar o significado do termo proximidade de cuidados? Porventura, começando por aproximar os profissionais de saúde àqueles que necessitam de cuidados, escutando e identificando as dificuldades ou necessidades e disponibilizando ajuda.

Os cuidados de saúde primários têm um papel importante porque a sua missão não se limita unicamente ao cidadão, mas sim à família ou comunidade. Salienta-se que para o atendimento da população, os Agrupamentos de Centros de Saúde, descentralizaram os seus serviços, agora organizados em unidades funcionais, em diferentes localidades.

Neste contexto, os enfermeiros têm evidenciado um forte envolvimento na resolução ou satisfação das necessidades de saúde do utente e família, ao longo do ciclo vital, proporcionando-lhes proximidade, segurança e confiança.

Os cuidados de proximidade implicam disponibilidade para os cidadãos de um conjunto articulado de serviços e outros recursos de saúde, necessariamente acessíveis, o mais próximo possível, a que podem acorrer, quer se trate de cuidados inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, quer digam respeito ao tratamento ou recuperação do seu habitual estado de saúde, adaptação e bem-estar.

Concebe-se uma perspectiva em que os serviços de saúde estão verdadeiramente centrados no próprio cidadão, adoptando a melhor organização e interligação possíveis, de forma a garantir a qualidade, a eficácia e a segurança dos cuidados prestados e a maior proximidade.

Esta concepção, vertida no suporte legal das mudanças em curso, deve ser mais expressiva na implementação. A lógica de prestação de cuidados integrada e de proximidade numa dinâmica de complementaridade entre diferentes serviços e prestadores intervenientes no *continuum* de cuidados deve constituir uma permanente preocupação de todos.

Entender a arte do cuidado como um exercício de proximidade que decorre de uma exigência de disponibilidade e de preocupação pelo outro, num processo dinâmico de movimento, aproximação e rompimento de barreiras resultará, certamente, em ganhos e incremento da eficiência.

Nestes termos, os cuidados de proximidade permitem maior personalização e individualização na sua prestação por oferecerem respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da cada pessoa ou grupo. Esta condição adquire forte expressão na prestação de cuidados aos doentes, particularmente idosos, que sofrem de doenças crónicas e que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio.

Por tudo isto, parece clara a importância dos cuidados de proximidade através dos vários intervenientes, particularmente dos enfermeiros, numa lógica de cooperação ou complementaridade que permita uma melhor compreensão das necessidades da população, mais concretamente daqueles que têm maior necessidade de cuidados para que se sintam incluídos nos mesmos, não apenas em termos geográficos mas, num sentido mais lato, de maior disponibilidade, de forma a dar solução concreta às suas solicitações.

Na perspectiva da enfermagem, não só a prestação de cuidados é dirigida às necessidades específicas de cada situação, como também se assume a continuidade das intervenções de forma programada, independentemente do local, contexto ou forma em que as respostas se organizam. Com maior flexibilidade pode ser assegurada a satisfação das necessidades em matéria de saúde e de intervenções de enfermagem, através de adequada organização de cuidados e, em particular, pelo ajustamento e adaptação aos horários e disponibilidades dos utentes, sempre que possível no seu contexto de vida.

Os cuidados de proximidade impõem, portanto, não só a deslocação de meios técnicos e humanos diferenciados de prestação de cuidados de saúde, mas também a sua prestação em tempo útil, contribuindo para uma melhorar o estado de saúde dos cidadãos. Proporcionam, ainda, uma redução dos custos com transportes que os cidadãos teriam que suportar, e das horas de trabalho que deixam de perder, por evitarem que se desloquem aos centros urbanos.

Em suma, é possível proporcionar aos cidadãos a obtenção de maiores ganhos em saúde e bem-estar, bem como a redução de desigualdades, a par de uma racionalização de meios e de combate ao desperdício, melhorando a prestação de cuidados de forma adequada, efectiva e eficiente. Ao aumentar a acessibilidade a serviços de melhor qualidade e adaptados às reais necessidades da população, promove-se a eficiência global dos serviços de saúde com adequada racionalização na utilização dos recursos existentes. Estabelece-se também uma relação de proximidade com as pessoas que vivem em zonas mais isoladas.

Os enfermeiros têm particular vocação para prestarem cuidados numa lógica de proximidade devido à disponibilidade, visão holística e integrada que incorporam no momento da realização das suas intervenções. É exemplo o Programa Nacional de Vacinação ou mesmo a triagem, aconselhamento e encaminhamento através do atendimento telefónico de excelência desenvolvido por enfermeiros no âmbito do Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (vulgarmente conhecido por *Saúde 24*).

Triagem, aconselhamento e encaminhamento

O Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) insere-se na cadeia de valor da prestação de cuidados de saúde, focado no acesso do cidadão à informação e aos cuidados de saúde, uma vez que disponibiliza as seguintes actividades de apoio à prestação de cuidados: serviços de informação geral de saúde, saúde pública e triagem, aconselhamento e encaminhamento para as instituições responsáveis pelas respostas dadas no âmbito do SNS.

As iniciativas e funções associadas ao atendimento dos contactos são asseguradas por enfermeiros que reúnem as habilitações académicas, técnicas e profissionais, competências e formação adequadas para o exercício das respectivas funções.

Uma característica importante do Centro de Atendimento é o facto de ampliar e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, através de uma cobertura universal, com capacidade de atendimento em tempo real. No essencial, pode dizer-se, representa, também, um contributo no processo de aproximação do Sistema aos cidadãos.

O processo de triagem, aconselhamento e encaminhamento avalia o nível de risco sobre as queixas e sintomas descritos pelo utente, presta o devido aconselhamento, incluindo o auto-cuidado e, caso se verifique necessidade, encaminha o doente para a estrutura de cuidados da rede do Serviço Nacional de Saúde mais apropriada à sua condição do momento.

Os protocolos de triagem ou algoritmos, num total de 120, traduzem-se num conjunto de perguntas e respostas estruturadas e baseadas em evidências clínicas universalmente aceites e reconhecidas pela comunidade clínica, nacional e internacional, e estão adequados às características sócio-culturais e epidemiológicas da população portuguesa.

Os conteúdos clínicos que definem uma árvore de decisão compreendem conjuntos de perguntas pré-determinadas e devidamente articuladas, bem como as explicações e o raciocínio clínico subjacente a cada pergunta e que auxiliam os enfermeiros na avaliação dos sintomas descritos.

O formato algorítmico da sequência das perguntas elimina variações não intencionais nas chamadas, nomeadamente: o esquecimento por parte do Enfermeiro em colocar uma pergunta essencial, não tendo em devida atenção uma eventual doença subjacente da pessoa em questão; a modificação da ordem das questões ou, ainda, o início do processo de triagem com uma sequência errada de perguntas. A utilização deste tipo de ferramentas permite uma melhoria da qualidade técnica e das análises estatísticas sobre o funcionamento do centro de atendimento, que poderão ser utilizadas para a optimização dos processos de triagem.

Os conteúdos clínicos associados a cada pergunta e o caminho de triagem que estas determinam garantem uma variância mínima entre os aconselhamentos resultantes da apresentação da mesma sintomatologia a diferentes enfermeiros.

Pese o facto de representar uma abordagem estandardizada, possibilita uma actuação discricionária do enfermeiro na medida em que permite tomar uma decisão, ou aconselhar um nível de cuidado distinto daquele proposto pelo sistema após aplicação do protocolo de triagem. Nestes casos, o sistema compele o enfermeiro a explicar a razão de tal decisão.

Adicionalmente, tem a possibilidade de consultar as questões previamente respondidas, desistir de um algoritmo seleccionado, seleccionar um aconselhamento específico, ou indicar a necessidade de uma chamada de seguimento, recorrendo para tal a menus específicos.

Realça-se, também, que as decisões e interacções com o sistema algorítmico ficam registadas e associadas ao contacto, permitindo a sua utilização enquanto processo de melhoria contínua sobre os processos de atendimento, o que permite incrementar o desempenho dos enfermeiros.

Dependendo das respostas do cidadão, os algoritmos conduzem os enfermeiros a obter informação adicional sobre condições sucessivamente menos graves que possam estar na origem dos sintomas actuais. Este processo permitirá que os enfermeiros possam determinar o nível apropriado de cuidados e a orientação a transmitir ao utente para cada situação específica. Adicionalmente são sugeridas medidas de gestão e controlo dos sintomas por parte do cidadão, nomeadamente auto-cuidados ou chamadas de seguimento.

É garantido que todos os sintomas de alto risco são considerados, e que as condições de maior gravidade para o cidadão sejam identificadas no mais curto espaço de tempo, no decurso da prestação do serviço de triagem. A lista está organizada para que as recomendações que reflectam as condições médicas mais graves – e, por conseguinte, as que necessitam de intervenção médica mais urgente – estejam classificadas em primeiro lugar, estando as restantes organizadas e classificadas de forma sucessiva e decrescente, consoante o grau de gravidade.

Estes elementos são especialmente visíveis na relação que o Enfermeiro estabelece através da linha telefónica com doentes com problemas crónicos, designadamente diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias.

Os enfermeiros têm, no centro de atendimento, um importante instrumento e contributo para a prestação de cuidados de proximidade pela acessibilidade proporcionada através de um simples contacto telefónico e pela capacidade de atendimento em tempo real. A sua utilização permite, seguramente, adequada orientação no Serviço Nacional de Saúde e, portanto, evitar que o cidadão se dirija a unidades inadequadas, como é o caso da procura dos serviços de urgência hospitalar onde uma parte significativa destes não é “verdadeira urgência”.

Naturalmente, reconhece-se o enorme potencial de desenvolvimento nestas novas ferramentas de optimização da proximidade com os cidadãos. Procurar-se-á explorar meios telemáticos inovadores, incluindo um portal *Web* associado à linha telefónica, para possibilitar, no futuro, a marcação de consultas, pagamentos devidos e outras acções facilitadoras da relação que o cidadão mantém com o seu Serviço Nacional de Saúde.

Francisco George / Sérgio Gomes

Lisboa, Setembro de 2011

[Publicado a 11 de março de 2014, em www.dgs.pt]

Referências bibliográficas

World Health Organization (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO, 2010.

World Health Organization (WHO). *A Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO, 2011.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. *Declaração para uma Vida Melhor*. DGS, 2011 (<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015571.pdf>).