

PERSPECTIVAS

A complementaridade da saúde pública e medicina: alcançando “o mais alto padrão de saúde possível”

The Complementarity of Public Health and Medicine — Achieving “the Highest Attainable Standard of Health”

David J. Hunter¹

1. Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK; and the Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston.

O Sr. F., um paisagista aposentado de 70 anos, se apresenta ao pronto-socorro relatando três horas de dor torácica no lado esquerdo. Ele toma um inibidor da ECA para hipertensão e paracetamol diariamente para dores no joelho e quadril, seu colesterol LDL está na faixa normal e ele é um ex-fumante que parou de fumar quando tinha 50 anos. Um eletrocardiograma mostra evidências de um infarto do miocárdio com elevação do segmento ST, então ele é levado para a unidade de angiografia, onde um *stent* é colocado em sua artéria descendente anterior, aliviando seus sintomas. Os níveis subsequentes de troponina estão ligeiramente elevados. Ele tem alta para um programa comunitário de reabilitação cardíaca com estatina, betabloqueadores, inibidor da ECA e ticagrelor.

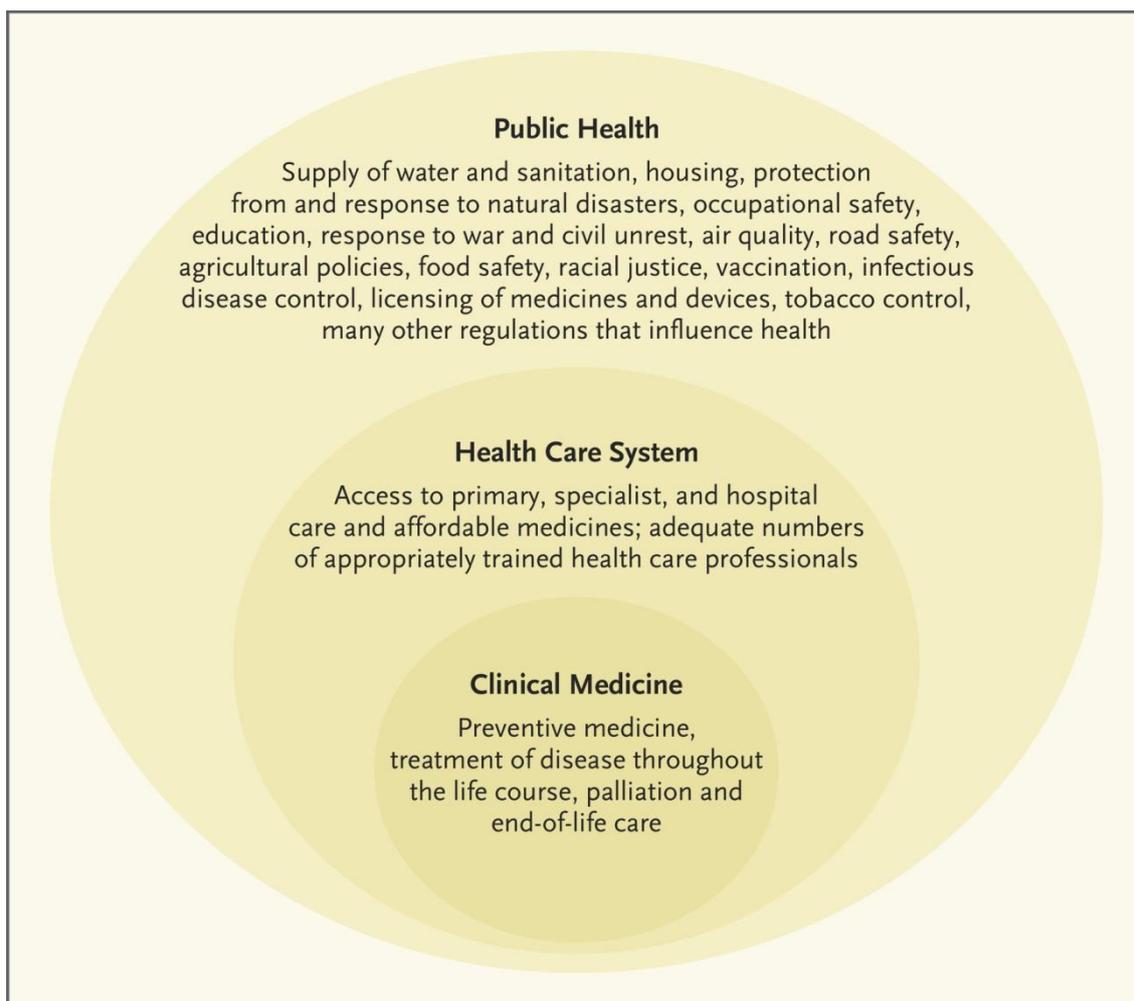
Quando o Sr. F. nasceu em 1950, a expectativa de vida dos homens americanos era de 67 anos, então ele já sobreviveu à sua expectativa de vida ao nascer. Ao longo do século 20, a expectativa de vida aumentou cerca de 30 anos nos Estados Unidos e quase 40 anos globalmente, embora com grandes disparidades entre os estados dos EUA e entre os países. Dos 30 anos adicionais nos Estados Unidos, 25 foram atribuídos a intervenções de saúde pública (1).

Na década de 1950, por exemplo, o risco de ataque cardíaco era duas vezes maior entre os homens de meia-idade do que é hoje, mas as campanhas de saúde pública podem ter inspirado o Sr. F. a parar de fumar, reduzindo substancialmente seu risco cardiovascular específico para a idade doença. Mudanças nos conselhos e regulamentações dietéticas, como a limitação de gorduras trans no suprimento alimentar, também podem ter prevenido a hiperlipidemia e reduzido o risco do Sr. F. de infarto do miocárdio mais grave ou de início precoce. Mudanças nas condições ambientais, como reduções em certos componentes da poluição do ar, reduziram o risco de ataque cardíaco na população. E o Sr. F. pode ter chegado ao hospital rapidamente graças à maior conscientização do público sobre os sintomas e sinais de ataque cardíaco, bem como à redução da preocupação com os gastos com cuidados médicos desde o estabelecimento do *Medicare*.

Claro, os avanços nos cuidados clínicos também contribuíram para a recuperação do Sr. F. O tratamento médico da dor no peito mudou radicalmente desde a década de 1950. Imagens, diagnóstico rápido e intervenções revolucionaram o tratamento, levando a reduções no tamanho do infarto e menor tempo de internação. A hipertensão do Sr. F. foi tratada, reduzindo o risco de derrame e ataque cardíaco. Ensaios randomizados que mostram risco aumentado de ataque cardíaco com os coxibes, levando à sua retirada do mercado, significam que ele tomou paracetamol para as dores nas articulações. Ensaios clínicos randomizados mostraram o valor dos betabloqueadores e estatinas na prevenção secundária. Uma abordagem baseada em equipe que leva à alta precoce e encaminhamento para reabilitação cardíaca reduz o risco de infecções nosocomiais e readmissão rápida.

Para o profissional de saúde engajado no cotidiano do trabalho clínico, a transformação da condição humana possibilitada por esses avanços pode parecer remota e abstrata. Além disso, as abordagens e conquistas da saúde pública e da medicina clínica são muitas vezes inutilmente enquadradas como dicotomias - “prevenção versus cura” ou “saúde individual versus população”. Mas, cada vez mais, os profissionais de saúde pública entendem que os dois campos são complementares, até porque nós ou nossos entes queridos fomos todos pacientes pendurados nas palavras de um médico após a apresentação de uma doença que não foi prevenida. Da mesma forma, buscando uma imagem mais completa de como melhorar a saúde de nossos pacientes, os médicos reconhecem cada vez mais as forças históricas, ambientais, sociais, raciais e políticas que moldam a propensão das pessoas a doenças e o sucesso ou fracasso das intervenções clínicas.

Relação entre saúde pública e medicina clínica.



A saúde pública muitas vezes desempenha um papel nos bastidores, embora seja o espaço no qual residem os sistemas de saúde (veja o diagrama). A maior parte dos ganhos na expectativa de vida nos Estados Unidos na primeira metade do século XX foi atribuída ao fornecimento de água potável, saneamento, eletrificação rural, comunicações, melhores moradias e programas de saúde pública (2). Em países que não foram capazes de fornecer estas melhorias, a expectativa de vida ainda é baixa e, como outros apontaram, simplesmente beber água é um comportamento de alto risco. A eliminação nos Estados Unidos de doenças infecciosas como tuberculose, febre tifoide e cólera já estava em andamento muito antes que os antibióticos ou vacinas estivessem disponíveis. Como redescobrimos com a covid-19, a administração competente de saúde pública e vacinas, juntamente com a capacidade de administrá-las, são essenciais para o controle de doenças infecciosas (3).

Algumas diferenças entre saúde pública e medicina clínica

Variable	Public Health	Clinical Medicine
Unit of measurement and focus	Population (global, national, regional small area)	Individual patient or series of patients
Disciplines	Epidemiology, economics, behavioral sciences, environmental health, microbiology, etc.	Medicine, nursing, and allied health; primary care and specialties
Training	Schools of public health, government, business, etc.	Schools of medicine, nursing, pharmacy, allied health
Team approach	Multidisciplinary	Interprofessional
Intervenes on	Upstream risk factors	Established or incipient disease
Best practices defined by	Scientific evidence encoded in regulations and guidelines	Evidence-based algorithms and clinical acumen
Financed by	Governments (national, regional, local); nonprofit and charity organizations	Governments, insurance, out-of-pocket
Orientation	Preventive	Preventive, disease management, or both
Outcomes	Reductions in exposures, disease incidence, or mortality	Successful disease management

O aumento das doenças não transmissíveis foi impulsionado por uma expectativa de vida mais longa e mudanças comportamentais e ambientais, mas foi melhorado por campanhas de saúde pública contra o tabaco e por regulamentações e diretrizes de saúde ocupacional e ambiental projetadas para reduzir a exposição a riscos para a saúde conhecidos. Frequentemente, ficamos cientes dessas regulamentações apenas quando não são aplicadas, com resultados como doença do legionário e toxicidade por chumbo em Flint, Michigan; a crise de opioides que reduziu a expectativa de vida de algumas populações nos Estados Unidos; e o fracasso em muitos países da resposta da saúde pública à pandemia de covid-19. A força motriz por trás da descoberta das influências ambientais nas doenças é a epidemiologia, a ciência básica da saúde pública que se concentra nas causas das diferenças nas taxas de doenças dentro e entre as populações. As respostas a essas descobertas são domínios de muitas disciplinas, incluindo ciências comportamentais, economia, política de saúde, direito e política.

Todos nós, é claro, adoecemos e precisamos ter acesso ao sistema de saúde. Como Martin Luther King Jr. disse em 1966: “De todas as formas de desigualdade, a injustiça na saúde é a mais chocante e a mais desumana, porque geralmente resulta em morte física”. Nos Estados Unidos, o desenvolvimento do *Medicare* e do *Medicaid* e, mais recentemente, do *Affordable Care Act*, melhorou muito o acesso ao pagamento por cuidados de saúde, embora continuem a existir iniquidades substanciais. Além disso, nossa força de trabalho em saúde costuma ser inadequada: estejam os profissionais de saúde trabalhando em um sistema amplamente público ou privado, poucos países conseguem treinar profissionais de saúde suficientes, mantê-los em seu sistema e garantir que sejam distribuídos de forma adequada para atender às necessidades de pacientes em áreas rurais ou mais pobres.

Quando um paciente consulta um profissional de saúde - seja um agente comunitário de saúde, um enfermeiro, um clínico geral ou um médico especialista - as camadas descritas acima teoricamente se dissolvem e o profissional aplica suas habilidades para atender às necessidades do paciente, por meio de intervenção aguda, cuidados preventivos ou gerenciamento de condições crônicas. No entanto, o sucesso depende não apenas das habilidades do profissional e do conteúdo do encontro clínico, mas também das atividades de saúde pública descritas acima - campanhas para aumentar a conscientização, regulamentações para fornecer alimentos mais saudáveis e não contaminados, acesso adequado aos meios para mudar comportamentos e acesso a medicamentos a preços acessíveis. E muito do nosso conselho falha em um desses obstáculos se os pacientes não podem se dar ao luxo de seguir o conselho.

Uma vez que a doença é diagnosticada e um plano de tratamento instituído, as desigualdades no acesso podem fazer com que os pacientes atrasem ou renunciem ao tratamento. Nos Estados Unidos, as taxas de sobrevivência para muitos tipos de câncer, infarto do miocárdio e derrames são menores entre negros americanos e pessoas com baixo nível socioeconômico. A frustração e o esgotamento podem aumentar os profissionais de saúde que vivem e trabalham em uma sociedade em que as probabilidades estão contra seus pacientes porque vivem em ambientes insalubres e devem ser readmitidos repetidamente com os mesmos problemas. No mínimo, uma compreensão dos determinantes sociais da doença pode ajudar os médicos a ter empatia pelos pacientes que parecem estar ignorando seus conselhos.

Como membros respeitados da sociedade, os médicos também podem desempenhar um papel na pesquisa e destacar as raízes das causas das iniquidades nos resultados e ajudar a fechar a lacuna entre a abordagem de saúde pública baseada na população e a orientação individual dos encontros clínicos. A crescente implantação de equipes Inter profissionais também pode fornecer aos médicos colegas, como agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde domiciliar e assistentes sociais que podem ajudar com uma abordagem mais holística do atendimento.

Como epidemiologista que pesquisou por muito tempo as causas das doenças nas populações, sempre fico tentado a pensar nos ganhos na expectativa de vida que são atribuíveis principalmente às intervenções de saúde pública. Como a história do Sr. F. demonstra, a determinação de causa e efeito para tais intervenções depende de evidências de populações, não de pacientes individuais. Embora seja frequentemente dito que essa diferença de foco distingue a saúde pública da medicina clínica, a maioria das diretrizes clínicas baseia-se em evidências de grandes estudos; mesmo o cardiologista intervencionista não pode saber se a angioplastia coronária do Sr. F. reduziu o tamanho de seu episódio isquêmico, mas apenas que em uma grande série de pacientes semelhantes, o procedimento tem esse efeito em média. Além disso, os tratamentos médicos, como o controle da pressão arterial, dependem tanto de consultas e prescrições quanto de intervenções de saúde pública para reduzir a ingestão de sódio e estimular estilos de vida mais ativos.

Essa complementaridade destaca a distinção cada vez menor entre os objetivos da saúde pública e os da medicina preventiva. A medicina preventiva pode ser praticada com pacientes individuais em um consultório ou por meio de atividades organizadas, como divulgação de vacinas, exames de pressão arterial na comunidade ou educação em saúde. As futuras análises de “*big data*” podem fornecer percepções sobre a saúde da população, bem como permitir cuidados médicos mais personalizados. Na década de 1980, o epidemiologista britânico Geoffrey Rose observou que pequenas mudanças na distribuição de um fator de risco como hipertensão ou colesterol alto na população podem prevenir mais casos de doenças cardíacas do que mudanças maiores apenas entre pessoas de alto risco. Atender a essas mudanças pequenas, mas generalizadas, é muitas vezes representado como uma abordagem “ampla”, em contraste com a abordagem “clínica” de tratar apenas pessoas com alto risco (4). Mas a visão de Rose foi incorporada à medicina preventiva: alvo de pressão arterial e as medições de colesterol LDL foram reduzidas em toda a linha, e as intervenções médicas não se limitam a pacientes com valores “patologicamente” elevados.

Em última análise, alcançar “o mais alto padrão de saúde possível” - um direito consagrado na constituição da Organização Mundial da Saúde - não depende apenas da saúde pública ou da medicina clínica, mas de “onde os dois se encontrarão” (5). A melhor compreensão das múltiplas influências na saúde dos pacientes e a gama de ações que alteram suas trajetórias de saúde só pode ajudar quem aspira a melhorar a saúde - seja para populações inteiras ou para o próximo paciente na sala de espera.

REFERÊNCIAS

1. Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Milbank Q* 1994;72:225-258. <https://doi.org/10.2307/3350295>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements — United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;48:241-243. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10220250/>
3. Bloom BR. The future of public health. *Nature* 1999;402:6761 Suppl:C63-C64. <https://www.nature.com/articles/35011557>
4. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981;282:1847-1851. <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6279.1847>
5. Fineberg HV. Public health and medicine: where the twain shall meet. *Am J Prev Med* 2011;41:4 Suppl 3:S149-S151. <https://10.1016/j.amepre.2011.07.013>

Este artigo é tradução livre de:

Hunter DJ. Complementarity of Public Health and Medicine — Achieving “the Highest Attainable Standard of Health. N Engl J Med 2021; 385:481-484.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp2102550>

Recebido: 02 de dezembro de 2021. **Aceito:** 04 de dezembro de 2021

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited