

RIASE

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

EDITORIAL

Felismina Mendes - Doutora em Sociologia, Diretora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora

VOL. 3 N.º 3 DEZEMBRO 2017

O envelhecimento da população é um dos fenómenos centrais das sociedades desenvolvidas. Se esse envelhecimento é uma das conquistas do desenvolvimento socioeconómico, dos avanços da saúde pública e dos cuidados de saúde, ele não deixa de representar uma ameaça para os serviços de saúde e de segurança social dessas mesmas sociedades.

A probabilidade de ocorrência de co e multi morbilidades associadas ao avanço da idade são uma evidência geradora de preocupações dos Estados atuais, em que o aumento dos gastos com os cuidados de saúde e de segurança social, são constantemente equacionados.

A pressão sobre o sistema de saúde, resultante do aumento contínuo da esperança de vida, tem sido alvo de atenção constante e as estratégias para aliviar essa pressão têm-se dirigido essencialmente para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (EAS), seguindo as orientações da OMS.

Quando o conceito começou a ser divulgado em sociedades como a portuguesa, a associação ao termo ativo prevaleceu e durante algum tempo considerava-se que a atividade só por si – “o mexer-se” – era uma forma de envelhecer ativamente. E foi de tal forma importante esta primeira mensagem da atividade que, nunca como hoje se viu (e vê) em vilas, aldeias e cidades, idosos e também pessoas adultas e jovens a exercitarem-se e a praticarem diariamente marcha/caminhada ou outra forma de atividade física. Este fenómeno pode significar que a mensagem da importância da atividade, penetrou o imaginário social, sendo reproduzida quotidianamente. Saliente-se que para essa imagem, muito contribuíram as autarquias mediante a construção de zonas/espacos próprias destinadas à caminhada/atividade e ao oferecerem programas de seniores ativos. Se em termos estritos de atividade muitos dos objetivos foram alcançados esta, só por si, é insuficiente para caracterizar o EAS. O envelhecimento ativo envolve outras dimensões bem mais complexas e para essas, claramente, não tem havido resposta nem central, nem regional, nem local.

Em Portugal apesar de várias tentativas, nunca se operacionalizou um verdadeiro programa de EAS, confrontando-se quotidianamente os idosos e o próprio país com as consequências desta situação. Considera-se que terá sido esta ausência de respostas que terá levado o Estado português, através de um grupo de peritos, a delinear a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS - Despacho N.º 12427/2016). O documento estabelece os princípios orientadores, os objetivos e os eixos estratégicos do EAS e define as linhas orientadoras na dimensão **saúde** (promoção de estilos de vida saudável, a vigilância da saúde e a gestão dos processos de comorbilidade), as linhas orientadoras da dimensão **participação** (educação e formação ao longo do ciclo de vida e criação de ambientes potenciadores da integração e participação), as linhas orientadoras da dimensão **segurança** (criação de ambientes físicos que garantam a segurança e a identificação, sinalização

e suporte em situação de vulnerabilidade). Para cada conjunto de ações das diferentes linhas orientadoras são definidas medidas, ações e as entidades responsáveis (a maioria delas de nível central como ministérios, direções gerais, institutos públicos, serviços de solidariedade social, forças de segurança, associações nacionais de municípios e de freguesias e a nível regional, as Administrações Regionais de Saúde. A nível local, não se vislumbram entidades responsáveis pela implementação da ENEAS.

Por fim estabelece as Linhas orientadoras relativas à medição, monitorização e investigação as formas de implementação, monitorização e avaliação da atual estratégia nacional (asseguradas pela asseguradas pela Comissão Nacional Interministerial para o Envelhecimento Ativo e Saudável em parceria com instituições vocacionadas para a investigação).

Depreende-se que as medidas e ações serão preconizadas centralmente e acionadas regional e localmente. Perante tal cenário questiona-se se esta estratégia vai efetivamente dar resposta às necessidades das populações em matéria de EAS. Da mesma forma, levantam-se questões sobre os parceiros que a nível local irão implementar esta estratégia. Serão as unidades de saúde (USF; UCSP ou UCC), as autarquias, o setor social, a sociedade civil, ou um conjunto de protagonistas que envolva as várias entidades?

Estas questões necessitam de resposta pois a concetualização do EAS aponta, como já foi assinalado, para uma intervenção ao nível das dimensões segurança, participação e saúde que é complexa e exige meios (recursos humanos, materiais e financeiros) para a sua operacionalização.

Analisando os indicadores específicos de cada uma das dimensões, diríamos que ao nível da **segurança**, o EAS envolve/exige atividades como a prevenção de acidentes; prevenção de quedas; prevenção da violência, abuso e maus-tratos; prevenção da discriminação social; prevenção do abandono; promoção do envolvimento familiar; promoção do envolvimento em redes sociais; estímulo do autocuidado e autonomia.

As atividades sobre **participação e cidadania** incluem a divulgação dos direitos e deveres dos idosos (por ex: direito à sua individualidade, ao respeito e consideração da sua vontade), dos propósitos de vida da pessoa idosa, a estimulação para programas e formas de participação social, para a participação em ações de voluntariado, para a participação em programas intra e inter geracionais (eu/pessoa idosa e os outros) para o estímulo de relações sociais equilibradas (com envolvimento e reconhecimento familiar e social); para programas de prevenção/combate ao isolamento social e à solidão; para as questões de género, igualdade e liberdade e para programas de combate ao idadismo e de valorização social do idoso.

As intervenções na dimensão **saúde** da pessoa idosa envolvem a promoção da literacia em saúde; da atividade física regular; de atividades de estimulação intelectual/cognitiva; de promoção da autoestima e de auto realização, do estímulo da autoexpressão; do prevenção/combate à depressão; da estimulação da vida afetiva; da gestão do stress na vida diária; de prevenção da doença (rastreios, vacinas, consultas, etc) e de estilos de vida saudáveis (fruta, legumes, fibras e peixe; consumo de sal; consumo de açúcar; consumo de bebidas alcoólicas ou outras substâncias nocivas; consumo de tabaco)

Perante intervenções tão dirigidas e complexas, impõe-se a necessidade equipas multiprofissionais que no terreno operacionalizem as diferentes respostas que o EAS exige. Sem esta componente multiprofissional claramente estabelecida e definida e sem um envolvimento claro do Estado (juntamente com o setor social e a sociedade civil), a ENEA e o EAS dos idosos portugueses ficam claramente comprometidos.

Tal como em muitas outras épocas e contextos da saúde, impõem-se mudanças no trabalho quotidiano dos profissionais de saúde e dos indicadores estabelecidos/contratualizados com as unidades de saúde e setor social. O investimento de curto prazo é imprescindível para se alcançar o sucesso no longo prazo. Quer seja encarado como um direito ou como um dever dos idosos, o EAS exige necessariamente respostas articuladas, indispensáveis à concretização de todas as suas dimensões e respetivos indicadores, que promovam práticas quotidianas saudáveis e que permitam aos idosos portugueses viver mais anos com saúde, com qualidade de vida e bem-estar, à semelhança dos países mais desenvolvidos.

Correspondência: fm@uevora.pt