

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

VOL. 4 N.º 3 DEZEMBRO 2018

Neste momento, em toda a Europa, bem como em todos os países do mundo onde o processo de envelhecimento demográfico mais se evidencia, manifestam-se múltiplas preocupações relativamente ao que se convencionou designar como “sustentabilidade do sistema”, englobando neste conceito a saúde a segurança social.

Não divagaremos sobre o potencial estigmatizante de muitas das teses da insustentabilidade, mas, de facto, a ideia central das mesmas é que os idosos são a sua razão fundamental.

Nessa lógica, em boa verdade, os responsáveis pela suposta insustentabilidade serão todas as pessoas que, independentemente da idade, reúnam um determinado conjunto de características, de entre as quais destacamos a conjugação da multimorbilidade e da dependência. É um facto que esta conjugação ocorre com maior prevalência em pessoas idosas, principalmente nas muito idosas. Mas, para além de não ser uma inevitabilidade, também ocorre noutras idades, em alguns casos, mesmo em idades muito precoces.

Neste contexto, resta-nos desenvolver as estratégias necessárias à diminuição da prevalência do referido binómio. Tal não dispensa a necessidade de pensarmos novos modelos que confirmem sustentabilidade financeira ao sistema de segurança social.

Relativamente às estratégias, sendo aceite que uma das delas passará pelo que a OMS designou como “envelhecimento ativo e saudável”, sobram, porém, muitas interrogações para as quais urge encontrar respostas.

Algumas dessas interrogações têm a ver com a decisão política. Embora se ouça com frequência que a decisão política não tem que ser baseada na evidência científica, temos alguma dificuldade em compreender que, a mesma possa ser ignorada. E, assim sendo, interrogamo-nos: as estruturas organizacionais de decisão política em saúde estão preparadas para tomar decisões suportadas em evidência científica imunes à oscilação dos curtos ciclos políticos? As decisões preveem mecanismos de monitorização independentes e robustos que confirmem capacidade de melhoria contínua às estratégias e, ao mesmo tempo, incrementem a evidência científica? Dito por outras palavras, existe “inteligência estratégica” permanente nas estruturas de decisão política?

Estas interrogações constituem-se também como um desafio ao setor da investigação. Entendemos que, em Portugal, o financiamento da investigação tem privilegiado as áreas ditas “fundamentais” e as tecnológicas. Ora isso aplicado ao binómio em análise (i.e., multimorbilidade-dependência) resulta que mais facilmente se financia um estudo de biologia celular sobre envelhecimento do que um estudo sobre um modelo de cuidados promotor do envelhecimento ativo e saudável; ou então, o desenvolvimento de um *robot* de apoio a idosos dependentes, do que as tecnologias necessárias e potenciadoras

do modelo de cuidados atrás referido. Resulta ainda que, por norma, esses estudos são desenvolvidos em equipas com pouca diversidade disciplinar.

Assim, entendemos que, para além da necessidade de se reverem e equilibrarem prioridades, precisamos também de incrementar estudos inter e transdisciplinares e, ao mesmo tempo, de o fazer em contexto, dando assim robustez científica às intervenções e incrementando a evidência. Desenvolvendo-os em contexto, é essencial que se compreenda que terão que integrar as equipas de investigação atores até aqui excluídos. Ou seja, se o objetivo é desenvolver modelos e/ou produtos que, em última análise, vão ser utilizados pelos utentes/doentes e pelos profissionais de saúde, será fundamental que ambos participem como co-produtores de investigação. Uma das muitas consequências dessa participação é a aceleração do processo de translação do conhecimento e da tecnologia.

Precisamos também que isso seja feito no respeito por uma estratégia de desenvolvimento das tecnologias da saúde politicamente definida, mas que seja de tal forma aberta que promova o envolvimento não apenas da academia, mas também do setor empresarial. Deste modo, incrementaremos o potencial de investigação e inovação, mas também o potencial de desenvolvimento de produtos comercializáveis.

Precisamos, por último, de dar mais atenção ao grupo de pessoas que, sendo cada vez mais numeroso, vive cada vez mais anos com mais dependência – os idosos. O dar-lhes mais atenção não é uma figura de retórica ou imbuída de boas intenções. Tem essencialmente a ver com o principal problema que as afeta, ou seja, o binómio multimorbilidade-dependência. O primeiro fator deste binómio (i.e., multimorbilidade) resultará, entre outros, de um percurso de vida com determinados comportamentos em saúde. Por outro lado, a situação de multimorbilidade para poder ser adequadamente gerida, carecerá de alterações de estilo de vida, as quais requerem elevados níveis de literacia. O segundo fator do binómio (i.e., dependência) e que frequente decorre do primeiro, fragiliza a pessoa em todas as dimensões da sua vida. Esta conjugação cria as condições ideais para se entrar numa espiral de agravamento sucessivo de um e outro fator, culminando na institucionalização.

Em muitos casos é possível reverter este processo reabilitando e readaptando, noutros é possível atenuar o declive das perdas e em todos é possível dar mais bem-estar e qualidade de vida. Para tanto, precisamos definir o percurso de cuidados à pessoa dependente e criar as condições para que a maior parte desse percurso seja feito em contexto, numa lógica de integração e continuidade de cuidados.

Correspondência: mjl@uevora.pt