

Contributo para o Plano Regional de Saúde 2030

Entidade: Individual

Resumo/Descritor: Redução do tabaco

Redução da comida "fast food"

Diabetes

Registo eletrónico único

Observatório Regional de Saúde

Produção própria ou comunitário de vegetais e produtos hortícolas

Sal iodado

Texto:

“As minhas felicitações pela conceção do Plano Regional de Saúde Açores 2030. Trata-se de uma súplica da saúde na Região com estratégias, projeções e metas que irão nortear o caminho a percorrer nos próximos anos. Como *** com 30 anos de atividade na RAA, regozijo-me pela consulta pública deste documento que estou certo irá enriquecê-lo nos seus aspetos mais pragmáticos.

Da análise dos indicadores disponibilizados, constata-se que a RAA continua a manter os piores indicadores de saúde nacionais: temos uma menor esperança média de vida, mais obesidade infantil e do adulto e mais tabagismo. O abandono escolar é o mais elevado do país e a taxa de aleitamento materno é a mais baixa. Para além disso, é a região do país com maior prevalência de diabetes e aquela com maior carência de Iodo (Observatório Nacional ad Diabetes, 2023). Tudo isto revela a importância da elaboração de um Plano Regional de Saúde abrangente, capaz de mobilizar diferentes estruturas, não só na área da Saúde, mas também na Educação e no Desporto, bem como nos diversos níveis da administração regional, Governo, Autarquias e agremiações sócio-culturais e recreativas. Um Plano Regional de Saúde deve respeitar as idiossincrasias de uma determinada região, mas também deve ser capaz de promover uma mudança efetiva no planeamento da saúde a nível local, tornando-o numa atividade eminentemente prática e útil quer à comunidade quer aos serviços de saúde. Deve apontar medidas legislativas de regulamentação, normativas, administrativas ou outras

que visem criar condições ambientais, sócio-económicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva.

Somos, sem sombra de dúvidas, a região do país com maior prevalência de diabetes e de tabagismo. Até há poucos anos a RAA era a única no país que produzia tabaco. Sem o apoio da comunidade europeia e com a falta de mão-de-obra, os produtores mudaram-se para atividades agrícolas mais rentáveis, pelo que a cultura do tabaco foi completamente abandonada. Mesmo assim, a atividade das tabaqueiras locais é ainda significativa na criação e manutenção de emprego e nas receitas fiscais geradas pelo consumo do tabaco. O mesmo se poderá dizer em relação ao açúcar, cuja produção local foi assegurada durante muitas décadas pela cultura de beterraba sacarina, atualmente também inexistente. O fim do ciclo destas atividades agro-industriais não provocou, como seria expectável, uma redução no consumo de tabaco e de açúcar, que continua entre os mais elevados, senão mesmo o mais elevado do país. A persistência destes excessos por força da inércia de hábitos instituídos durante décadas, é um dos problemas de saúde pública mais relevantes na RAA. Mudar este paradigma não é uma tarefa fácil. Ma se em relação ao consumo de tabaco assistimos à implementação de medidas restritivas como a proibição de fumar em recintos públicos e nas suas imediações; O agravamento da carga fiscal sobre a venda de tabaco; Coimas pesadas para os prevaricadores, o mesmo não se poderá dizer em relação à “fast food” e aos refrigerantes que continuam em regime promocional um pouco por todo o lado. A luta contra a obesidade e a diabetes só será bem-sucedida se houver uma indicação clara e determinada de que o consumo persistente de hidratos de carbono de absorção rápida e de gorduras saturadas põe em risco a saúde dos consumidores. Esta indicação pode ser veiculada através de um aumento da carga fiscal sobre estes produtos, pela restrição da sua publicidade ou pela obrigatoriedade de rótulos sanitários, indicando por exemplo o conteúdo de açúcar nas embalagens de refrigerantes. O que não pode acontecer é a política de preços em particular nas grandes superfícies comerciais, em que a água engarrafada é frequentemente mais cara do que uma embalagem de refrigerante com a mesma capacidade. Não deve também ser permitida a comercialização de bolos e sobremesas em instituições públicas nomeadamente escolas e estabelecimentos de saúde.

A expressão generalista doenças crónicas não transmissíveis como designação das chamadas doenças civilizacionais, deve sempre que possível especificar que a diabetes, a hipertensão, a dislipidemia e o cancro são os verdadeiros “predadores” na RAA. Ao eleger como prioridades do Plano Regional de Saúde o tabaco, o álcool e a obesidade infantil, corremos o risco de descontextualizar a necessidade de reduzir a mortalidade prematura nos próximos anos, tornando-a um objetivo longínquo no médio e longo prazo e não em 2030 que é já aqui. A diabetes tipo 2 não pode, nem deve estar omissa no Plano Regional de Saúde. Com uma prevalência estimada de 16.3% na população adulta açoriana, necessita de uma maior empenho e visibilidade, que possam alertar as autoridades de saúde e a comunidade em geral para os seus riscos, para a sua cronicidade debilitante. É de fato a primeira causa de cegueira, de hemodialise e de transplante renal, de amputações não traumática dos membros inferiores, de doenças cardiovasculares, um impacto demasiado pesado para ser minorado ou ignorado, isto se tivermos em conta que o rastreio da diabetes é atualmente simples e eficaz quando comparado com outras situações crónicas como as neoplasias. O rastreio das complicações nomeadamente a retinopatia tem sido periclitante com interrupções inexplicáveis para uma técnica simples e eficaz de vigilância.

Os desígnios propostos na Introdução do Plano Regional de Saúde são os seguintes:

- Redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos);
- Melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos);
- Redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis: o consumo de tabaco e álcool (e outras drogas); a mudança de estilos de vida; a obesidade infantil;
- Melhoria do acesso a cuidados de Saúde;

Julgamos que a necessidade de implementar um registo eletrónico único deve ser considerada *Ab Initio* como um instrumento fundamental na melhoria dos cuidados de saúde. Neste sentido, consideramos que a par de uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde deve ser garantida a sua complementaridade a diversos níveis, nomeadamente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados e isto só é possível através da partilha de informação entre os prestadores de cuidados de saúde aos mais diversos níveis de referência.

Outro desígnio que também consideramos prioritário é a garantia de uma vigilância e monitorização epidemiológica rigorosa e independente. É imprescindível que os indicadores sejam disponibilizados por entidades idóneas, pelo que a necessidade de um Observatório Regional de Saúde, independente do Serviço Regional de Estatística dos Açores, é a nosso ver uma prioridade na saúde da RAA.

A nossa identidade num abrir e fechar de olhos é o título genérico de uma série de tabelas que agrupam os principais indicadores demográficos e de saúde da RAA. O título é vago e impreciso. O mesmo se aplica aos subtítulos subsequentes que pecam também pelo seu caráter retórico e por alguma reminiscência do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2018-2020. **Como vivemos?** Serão os indicadores elencados retratos das nossas vivências? Corremos o risco de desvirtuar a objetividade dos indicadores descritos, conferindo-lhes um caráter vago e impreciso. **Que escolhas fazemos?** Serão as toxidependências e o alcoolismo o resultado de opções ou de escolhas individuais? Não serão na maioria dos casos o produto de condicionantes sociais ou sócio-económicas? Apesar do *layout* agradável destas primeiras páginas julgo que deve ser introduzido um estilo mais sóbrio, sem considerações subjetivas. Da mesma forma a questão **quem somos** deve ser reformulada para **quantos somos**.

Apesar de na Tabela 14 a diabetes ser referenciada como a 5ª causa de morte na RAA, 4ª na Ilha de São Miguel (semelhante à nacional), os gráficos 10 e 11 são omissos em relação à diabetes. A fonte de informação é o INE em ambas as circunstâncias. Qual é a justificação para esta discrepância?

A prevenção e controlo das doenças mais prevalentes (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade) passam pela promoção de uma alimentação saudável, através da redução do consumo de gordura saturada, de sal e de açúcar e através do aumento do consumo de fruta e hortícolas. Dieta vem do grego “*díaita*” e significa modo de vida. A frase do filósofo Sócrates “*Coma para viver, não vivas para comer*” personifica este ideal da alimentação enquanto promoção de bem-estar e não como um fim em si. Esta noção deve ser implementada na comunidade sob a forma do incentivo a uma vida ativa através da produção própria ou comunitária de vegetais e produtos hortícolas.

Dadas as evidências de um deficiente aporte do iodo nas crianças da RAA (Limbert et al., 2012), as orientações sobre alimentação equilibrada devem reforçar a importância

da ingestão apropriada de iodo, através do consumo de alimentos que, habitualmente, são fontes deste elemento, designadamente: pescado, leguminosas, hortícolas e, ainda, leite e outros produtos lácteos. A substituição do sal comum por sal iodado poderá também contribuir para o aporte adequado de iodo.

Conclusão

O plano regional de saúde é apresentado como uma eflorescência de conceitos e princípios, sendo neste contexto sempre imprecisa a qualidade dos frutos. Mas para já faltam as medidas concretas que são relegadas para os programas parcelares específicos. O modelo de governação não engloba a comunidade em geral, nomeadamente as autarquias e os parceiros sociais. É um modelo arregimentado nos serviços de saúde que dificilmente poderá mobilizar a comunidade para hábitos de vida saudáveis. As autarquias têm um papel fundamental na promoção da saúde, por exemplo ao promoverem a pedonalidade, as ciclovias, os equipamentos desportivos. Para além disso, estão na primeira linha nos licenciamentos dos estabelecimentos de fast-food, bebidas e similares, bem como na promoção da atividade física e no apoio aos clubes desportivos. Têm a incumbência e a capacidade de implementarem estilos de vida saudáveis pelo que devem ser parceiros preferenciais no planeamento da saúde.”