Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

Idosos e dinâmicas de parceria

Contributos para uma velhice bem sucedida

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto
Porto, 2005

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

ICBAS U P BIBLIOTECA PORTO

IDOSOS E DINÂMICAS DE PARCERIA

CONTRIBUTOS PARA UMA VELHICE BEM SUCEDIDA

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Orientadora: Prof.ª Doutora Zaida Azeredo
Co-orientador: Prof. Doutor Manuel Sérgio Vieira e Cunha

Formação apoiada no âmbito do Programa de Desenvolvimento Educativo para Portugal (PRODEP III): **Acção 5.3 – Formação avançada de Docentes no Ensino Superior.**

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto
Porto, 2005

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

11050

SIGLAS

ADI – Actividades de Vida Diárias

ANA – American Nurses Association

CE – Comunidade Europeia

CS – Centro de Saúde

CSVC – Centro de Saúde de Viana do Castelo

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQVI – Índice de Qualidade de Vida dos Idosos

NUTS II – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAII – Programa de Apoio Integrado ao Idoso

POLIS – Programa de Requalificação e Valorização Ambiental das Cidades

RECRIA – Regime Especial de Comparticipação na Recuperação de Imóveis Arrendados

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas)

VD – Visitas Domiciliárias

WHO – World Health Organization

Ao Ricardo Jorge

...porque lhe ceifaram a vida antes de envelhecer.

À família,

pelo carinho com que sempre apoiaram as minhas decisões.

Ao David,

pelos momentos em que o privei de mimos da Avó.

AGRADECIMENTOS

Com incertezas e dúvidas, com a solidão de tantas horas de trabalho, chegamos ao fim de um percurso.
Partimos do nada, apenas impulsionados pela meta desejada. Ao alcançá-la, vemos claramente que nada conseguíamos sem o estímulo do *outro*. A esse *outro*, personalizado nalguns, estaremos eternamente gratas.

Assim, agradecemos:

- À Prof. Doutora Zaida Azeredo, orientadora, pelas qualidades científicas e pedagógicas e pelo apoio incondicional que sempre manifestou, desde o primeiro momento, mesmo no plano afectivo. Por compreender as nossas inseguranças e fragilidades.
- Ao Prof. Manuel Sérgio, co-orientador, pelo seu entusiasmo, pelos seus conhecimentos, por nos lançar nesta caminhada. Pela confiança e amizade que sempre nos dispensou.
- À Maria Adelina Bandeira Correia, pelo estímulo e pela ajuda, desde o primeiro momento até ao impulso final. Muito contribuiu com o seu saber, com a sua crítica oportuna e com a pertinência das suas reflexões.
- À Odete, pelos seus ensinamentos no tratamento dos dados estatísticos e pelas correcções oportunas que fez.
- À Isaura pelas correcções e estímulo e, porque soube escutar tantos desabafos e angústias.
- A todos os colegas que nos foram estimulando a prosseguir.
- Ao Sr. Alfredo, pelo trabalho árduo das sucessivas "formatações", pelos arranjos e por resolver as situações problemáticas e à Sandra jovem disponível e solidária
- Ao *outro*, e foram tantos, que nos possibilitaram esta experiência. Não queremos esquecer ninguém.
- A todos os idosos.

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade na região de Viana do Castelo e as respostas sociais parecem não resolver grande parte das necessidades apresentadas por este grupo populacional. Por outro lado, o envelhecimento constitui um problema prioritário de saúde pública, a exigir intervenções que permitam melhorar a qualidade de vida dos idosos. Cruzamos, continuamente, com rostos angustiados, lastimando e apelando à compreensão dos mais jovens. Deparamos, frequentemente com situações de pessoas idosas com problemas reais pouco valorizados pelos técnicos sociais e de saúde, procurando os serviços, mas, sem uma resposta adequada aos seus apelos e necessidades. São conhecidas e visíveis, também, as insuficiências no suporte familiar, com carências económicas, afectivas e comunicacionais.

A pertinência com que a comunicação social vai apontando reflexos da sociedade actual e as realidades com que deparamos nas ruas, no hospital, nos centros de saúde, na nossa vivência do dia a dia – como docente de enfermagem – motivou-nos a procurar saber mais, da envolvência dos cuidados aos idosos. Conduziu-nos para um caminho difícil de percorrer, ao pretendermos mergulhar no mundo dos idosos. Foi a experiência pessoal o motor do nosso comprometimento com o tema deste trabalho de tese: **IDOSOS E DINÂMICAS DE PARCERIA – Contributos para uma velhice bem sucedida.**

Os desígnios de *" Saúde um Compromisso – Estratégia da Saúde para o virar do Século 1998 -2002"* do Ministério da Saúde, documento com directivas de política social, onde se incluía **Envelhecer – Autonomia e bem-estar das pessoas idosas,** constituiu o apelo, a orientação do estudo. Tornou-se importante conhecer as necessidades reais dos idosos a viver em domicílio primário ou de substituição, as redes de apoio em saúde e sócio-culturais que acompanham e cuidam destas pessoas, como funcionam as parcerias e redes de apoio, no sentido da satisfação e da relação com o prestador de cuidados. Levou-nos a procurar e identificar as **contribuições das parcerias na qualidade de vida dos idosos.**

Uma outra convicção foi de que, só através da cooperação intersectorial, se conseguirá alcançar os pré-requisitos em saúde, promover estratégias de uma política de inclusão e de desenvolvimento sustentado, pautados pelos valores de equidade e solidariedade.

O projecto investigativo desenvolvido enquadrou-se nas perspectivas caractereológicas de um ESTUDO DE CASO, delimitado aos idosos residentes em domicílio no seio da comunidade urbana e semi-urbana da Cidade de Viana do Castelo, abarcando quatro freguesias: Areosa, Meadela, Monserrate e S.ta Maria Maior.

O grupo de estudo constituído por 499 idosos foi seleccionado por amostragem sistemática simples, numa base de 10%, num universo de 4984 idosos com mais de 65 anos, desde que fossem completados até trinta e um de Dezembro de 2002. Foi nosso propósito conhecer a realidade individual e familiar dos idosos, identificar as suas necessidades e expectativas, para entender e conjugar a situação real, com o que será desejável e mais benéfico para o seu bem-estar.

Houve a preocupação de apreender o real de forma aberta e exploratória, numa aproximação ao ambiente sócio-cultural e familiar, integrando os princípios de uma corrente naturalista, interpretativa e ecológica, que caracteriza a investigação qualitativa. Fizemos recurso, também, a metodologias quantitativas para a caracterização sócio-demográfica do grupo estudado.

Numa primeira parte configuramos a nossa problemática com pesquisa bibliográfica em três capítulos fundamentais: Enfermagem – paradigma científico; ser idoso hoje e amanhã; redes sociais diferenciadas de apoio ao idoso. Pareceu-nos ser o triângulo aglutinador das nossas preocupações.

A segunda parte centra-se na fundamentação do percurso investigativo, na recolha de dados e no tratamento dos resultados. O trabalho de campo, que permitiu a recolha de informação, decorreu durante o ano de 2003, feita pelo investigador em entrevista com o idoso e/ou familiar ou cuidador no domicílio de residência.

Foram utilizados vários cenários e instrumentos de recolha de dados:

a) Instrumentos de recolha de dados destinados a idosos no seu domicílio:

- Questionário de avaliação sócio-demográfica e de percepção de necessidades

- Avaliação da capacidade funcional – Escal de Barthel

- Grelha de Avaliação do Índice de Qualidade de Vida do Idoso -IQVI

- Diário de borda para avaliação do contexto

b) Instrumento dirigido a familiares e/ou cuidadores

- Familiar e/ou cuidador

- Questionário para estudo da intervenção do enfermeiro na comunidade

c) Entrevista a informantes privilegiados: Presidentes de Junta, Párocos, Assistentes, entre outros

Dos dados obtidos e da análise que fizemos, realçamos:

- Nas quatro freguesias estudadas o número de mulheres é mais elevado, sendo a nossa amostra, mais representada pelo sexo feminino, com 63,5%.
- 16, 6% dos idosos estudados vivem sós.
- 13,8% necessitam de cuidador e destes, 66,7% são mulheres.
- 7,2% encontram-se em total e grave dependência da sua autonomia, o que pressupõe a necessidade de ajuda para concretizar as actividades de vida diária. A associar a estes dados, a ausência de mobilidade ou *deficit* na capacidade de mudança da posição corporal e de marcha.
- Na avaliação do IQVI, encontramos 24,6% para os quais não existe qualidade de vida, sendo os parâmetros mais condicionados: relações afectivas entre idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos, a comunicação social, a participação familiar, a escassez de recursos económicos e o isolamento.
- A grande maioria dos idosos, 95,2% (n=475) quer permanecer onde reside, onde se identifica com os seus haveres e com as suas relações sociais e afectivas. Requerem, de futuro, cuidados no seu domicílio. Os lares e residências geriátricas foram indicados como último recurso. Significa, então, que é importante manter o contacto social do idoso com o seu meio circundante.
- A grande maioria dos idosos homens dependia da mulher para os trabalhos da casa, sem a qual seria difícil viver, referindo várias dificuldades e preocupação em viver só. Por outro lado, e dado algum predomínio de mulheres a viverem sós e em idades mais avançadas, impõe-se a necessidade de serem considerados

os aspectos de ordem sócio-cultural na implementação de cuidados e na orientação de estratégias, com maior garantia de adaptabilidade, ao género, ao *status* e experiências de vida.

- Relacionados com os recursos de saúde situaram-se vários obstáculos, sobretudo, a dificuldade na acessibilidade a cuidados médicos e na dificuldade de apoio domiciliário.
- A actividade de enfermagem domiciliária está condicionada por questões de carácter organizacional e funcional do Centro de Saúde, funciona com sentido curativo, sendo descorados os aspectos de manutenção da saúde e prevenção da doença.

Numa terceira parte, tentamos analisar as necessidades do cidadão e as respostas comunitárias existentes, procurando sugestões e propostas que ultrapassassem constrangimentos e pudessem beneficiar a assistência aos idosos.
O humor triste e muitas lágrimas que fomos observando, reflectem o peso de um grupo que a sociedade foi encurralando e estereotipando, sem aproveitar as potencialidades que ainda mantêm.

A proliferação de projectos e de um leque variado de respostas que existe, não parecem ter, na nossa perspectiva, uma base de justificação adequada, nem ajustada à população idosa que serve. Procuram atender a problemas e necessidades, numa perspectiva de oferta de serviços, dispostos à solicitação de quem deles precisa. Foram criados e planificados para o idoso e não **com o idoso**.

ABSTRACT

The ageing of the population is a reality in the area of Viana do Castelo and social responses do not seem to answer the big extent of the needs of this population group. On the other hand, ageing is a public health priority issue that demands interventions in order to allow the quality of life of the elderly to improve. We continuously come across worried faces complaining and calling out for the understanding of the youngsters. We often confront situations in which old people with real problems under-valued by social and health care workers look for services but do not get adequate responses to their calls and needs. The lack of family support is also well-known and tangible, such as economic, emotional and communicative difficulties.

The pertinence of the media coverage in pointing at the reflections of contemporary society and the reality we face in the streets, at hospital, in health care centres and in our daily life experience – as a nursing teacher – has motivated us to learn more about the implication of health care given to the elderly. Diving into the world of the elderly took us into a difficult way to go. Personal experience was the main force behind the commitment to the subject of this thesis: THE ELDERLY AND THE DYNAMICS OF PARTNERSHIPS – Contributions for a successful old age.

The contents of "Health: a Commitment – Health Strategy for the turning point of the century 1998-2002", released by the Ministry of Health, a document with social policy directives that included "Getting old – Autonomy and well-being for the elderly" was, at the time, more than a call, it made up the direction of this study. It has become important to learn about the real needs of the elderly who live in primary or substitution housing, health and socio-cultural support networks that back up and take care of these people, to learn how partnerships and support networks work, in the sense of satisfaction and relationship with the care provider.

This led us to look for and identify the contributions given by partnerships for the quality of life of the elderly.

Another strong belief was that cross-sectoral cooperation is the only way to reach health prerequisites, to promote strategies for a policy of inclusion and sustained development, marked by the values of equity and solidarity.

This research project was framed into the character type perspectives of a CASE STUDY, it is limited to old people with residence in the urban community or outlying area of the city of Viana do Castelo, which includes four areas: Areosa, Meadela, Monserrate e St.a Maria Maior.

The study group composed of 499 old people was selected by simple systematic sampling, on a 10% base, out of a total number of 4984 old people aged over 65 years old, provided they had completed that age until 31st December 2002. Our purpose was to get to know the individual and family realities of the elderly, to identify their needs and expectations, in order to subsequently combine the real situation with what would be most desirable or most beneficial for the well-being of these people.

There was concern in learning about reality from an open and exploratory perspective, through an approach of the socio-cultural and family environments, integrating the principles of a naturalist, interpretative and environmental trend, which characterizes qualitative research. Quantitative methodologies were also resorted to for the socio-demographic characterisation of the group studied.

In the first part, the problem was configured with bibliographical research around three fundamental chapters: - Nursing – a scientific paradigm; being old today and tomorrow, differentiated social support networks for the elderly. It seemed to us that this triangle is the cluster of our concerns.

The second part focuses on the basis of the research path, data collection and results processing. The field work allowed to collect information and was carried out by the research student during year 2003 through interviews directed to old people and/or a relative or to the care provider at their residence.

Methodological procedures privileged the collection of data through:

- Questionnaire for the assessment of needs and socio-demographic data
- Barthel scale for the estimate of functional capacity of the old person
- IQVI grid for the assessment of quality of life

- Interview directed to the care provider
- Questionnaire directed to nurses working at the Viana do Castelo health care centre
- Interview directed to privileged sources of information to learn about resources and partnerships networks

Content analysis was used for data processing and SPSS (Statistical Programme Social Sciences) for statistical processing. From the results obtained, it can be emphasized that:

- 16.6 % of old people studied live on their own
- 13.8 % need a care provider from which 66.7% are women
- 7.2 % find themselves in a situation of total or severe dependence of their autonomy, which presupposes the need of assistance in order to carry out everyday life activities.

With the assessment of the IQVI, we found that there is no quality of life for 26.4 % of these people, with mainly conditioned parameters such as: emotional relationships between the old person and the family members, friends or neighbours, the media, family participation and lack of economic resources and isolation.

- The vast majority of old people, 95.2 % (n = 475), want to stay where they live, where they can relate to their possessions and their social and emotional relationships. They request homecare for the future. Old people's homes and geriatric institutions were pointed out as their last option. This, therefore, means that it is important to keep the elderly in social contact with their surrounding environment and plan homecare.

- The vast majority of aged men are dependent on their wives for housework, without whom life would be difficult to live and refer various difficulties and concern to live on their own. On the other hand, and given a certain predominance of women living on their own at an advanced age, the need urges to consider socio-cultural aspects in the implementation of care and in the direction of strategies, with greater guaranty of adaptability to gender, status and life experiences.

- Various obstacles appeared to be related with health resources, mainly, the difficulty to have access to medical care and the difficulty to get domiciliary service.

- The activity of domiciliary nursing is subject to organizational and functional issues related to health care centres, it works from a healing perspective, leaving aside the aspects of health preservation and illness prevention.

In the third part, we try to analyse the citizen's needs and the existing communitary responses by looking for suggestions and proposals that could overcome constraints and benefit assistance to the elderly.

The sad humour and the many tears we have observed reflect the importance of a population group that society has cornered and stereotyped without making the most out of their remaining potential.

The proliferation of projects and the wide range of existing responses do not seem to have, from our perspective, an adequate basis for justification, nor do they adjust to the elderly population they serve. They seem to answer problems and needs in the perspective of a service offer available to those who need them. They were developed and planned for the elderly but not with the elderly.

As regards health resources, the service offer, defined *a priori*, blocks the needs of the elderly by conditioning their requests. Having a thought for the elderly, it urges to create planned intervention strategies with the elderly and not only for the elderly.

RÉSUMÉ

Le vieillissement démographique est une réalité dans la région de Viana do Castelo et les réponses sociales semblent ne pas résoudre une grande partie des besoins de ce groupe de la population. D'un autre côté, le vieillissement de la population constitue un problème prioritaire de santé publique, qui exige des interventions qui permettront d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Nous croisons, continuellement, des visages angoissés, se plaignant et appelant à la compréhension des plus jeunes. Nous nous retrouvons fréquemment confrontée à des situations où des personnes âgées qui ont de réels problèmes, peu valorisés par les travailleurs sociaux et le personnel de santé, sont à la recherche de services mais ne reçoivent pas de réponse adéquate à leurs appels et à leurs besoins. Le manque de soutien familial est lui aussi connu et visible, avec des carences économiques, affectives et communicatives.

La pertinence avec laquelle les médias pointent les réflexes de la société actuelle, ainsi que la réalité que nous côtoyons dans la rue, à l'hôpital, dans les centres médicaux, au cours de notre expérience de vie quotidienne - en tant qu'enseignante à l'École d'Infirmières - nous ont motivée pour en savoir un peu plus sur l'implication des soins prodigués aux personnes âgées. En prétendant plonger dans le monde des personnes âgées, nous nous sommes engagée sur un chemin difficile à parcourir. L'expérience personnelle a été le moteur de notre engagement dans ce travail de thèse: LES PERSONNES ÂGÉES ET LES DYNAMIQUES DES PARTENARIATS - Contributions pour une vieillesse bien réussie.

Le thème de "Santé: un engagement - Stratégie pour la santé au tournant du siècle 1998-2002", du Ministère de la santé, un document constitué de directives de politique sociale, où était inclus "Vieillir - Autonomie et bien-être des personnes âgées", ont constitué plus qu'un appel à la réalisation de cette étude: son orientation. Il est devenu important de connaître les besoins réels des personnes âgées qui vivent dans leur propre logement ou dans un logement de substitution, de connaître les réseaux de soutien de santé et socioculturels qui accompagnent et prennent soin de ces personnes, savoir comment les partenariats et réseaux de soutien fonctionnent, dans le sens de la satisfaction et de la relation avec le prestataire de soins. Ceci nous a conduit à

rechercher et identifier la contribution des partenariats en ce qui concerne la qualité de vie des personnes âgées.

Une autre de nos convictions a été que seule une coopération inter-sectorielle permettra d'atteindre les pré-requis dans domaine de la santé, de promouvoir des stratégies pour une politique d'inclusion et de développement durable marqués par des valeurs d'équité et de solidarité.

Ce projet de recherche s'encadre dans les perspectives caractérologiques d'une ETUDE DE CAS, délimitée aux personnes âgées, résidant dans un domicile appartenant à la communauté urbaine ou peri-urbaine de la ville de Viana do Castelo, qui englobe quatre circonscriptions: Areosa, Meadela, Monserate et St.a Maria Maior.

Le groupe d'étude, constitué de 499 personnes âgées, a été sélectionné par échantillonnage systématique simple, sur une base de 10%, dans un univers de 4984 personnes âgées de plus de 65 ans jusqu'au 31 décembre 2002 au plus tard. Notre intention a été de connaître la réalité individuelle et familiale vécue par les personnes âgées, identifier leurs besoins et leurs attentes, afin de comprendre et conjuguer postérieurement la situation réelle avec ce qui serait une situation plus enviable et plus bénéfique pour leur bien-être.

Nous avons eu le souci d'appréhender le réel de manière ouverte et exploratoire, en faisant une approche du milieu socioculturel et familial en intégrant les principes d'un courant naturaliste, interprétatif et écologique qui caractérise une recherche qualitative. Nous avons eu recours, aussi, à des méthodologies quantitatives pour établir la caractérisation socio-démographique du groupe étudié.

Dans une première partie, nous avons fait la configuration de notre problématique à l'aide de recherches bibliographiques autour de trois chapitres fondamentaux: Infirmerie - paradigme scientifique, être une personne âgée aujourd'hui et demain, réseaux sociaux différenciés de soutien aux personnes âgées. Il nous a semblé que ce triangle constitue le noyau dur de nos préoccupations.

La deuxième partie est centrée sur le fondement même du parcours de recherche, le recueil des données et le traitement des résultats. Le travail de terrain, qui a permis le recueil d'informations, a eu lieu au cours de l'année 2003 et a été réalisé par l'étudiant-chercheur avec des entretiens destinés à des personnes âgées et/ou à la famille ou au prestataire des soins à domicile.

Les procédés méthodologiques utilisés ont privilégié le recueil de données au travers de:

- questionnaire avec données socio-démographiques
- Echelle de Barthel afin d'estimer les capacités fonctionnelles de la personne âgée
- Grille IQIV afin d' évaluer la qualité de vie
- un entretien avec le prestataire des soins
- questionnaire dirigé aux infirmières du centre médical de Viana do Castelo.
- Entretien dirigé aux sources privilégiées d'informations, afin de prendre connaissance des ressources et des réseaux de partenariat.

L'analyse de contenu a été utilisée pour le traitement des données et le programme SPSS (Statistical Programme Social Sciences) pour le traitement statistique des données. Des résultats obtenus et de l'analyse effectuée, nous soulignons que:

- Dans les 4 circonscriptions étudiées, le nombre de femmes est plus élevé, étant donné que notre échantillon est majoritairement représenté par le sexe féminin, avec 63,5%
- 16,6 % des personnes âgées étudiées vivent seules.
- 13, 8 % ont besoin d'un prestataire de soins, dont 66,7 % sont des femmes.
- 7,2 % se trouvent en situation de dépendance totale ou grave de leur autonomie, ce qui présuppose le besoin d'une aide pour la réalisation des activités quotidiennes.
- L'évaluation do IQVI révèle que pour 26,4 % des personnes la qualité de vie est inexistante, les paramètres les plus conditionnés étant: les relations affectives entre la personne âgée et les membres de sa famille, amis ou voisins, les médias, la participation de la famille, le manque de ressources économiques et l'isolement.
- Majoritairement, les personnes âgées - 95,2 % (n=475) - désirent rester où elles vivent, là où elles s'identifient avec leurs biens, leurs relations sociales et affectives. Ces personnes requièrent, à l'avenir, des soins à domicile. Les maisons de retraite et les instituts gériatriques ont été indiqués comme ultime recours. Cela signifie, par conséquent, qu'il est important de préserver le lien social des personnes âgées avec leur entourage et de prévoir des soins à domicile.
- Majoritairement, les hommes âgés sont dépendants de leur femme pour les travaux domestiques, sans qui la vie serait difficile à vivre et font référence à plusieurs difficultés ainsi qu'à l'angoisse de vivre seuls.

D'un autre coté, et entant donné une certaine prépondérance de femmes qui vivent seules à un âge plus avancé, la nécessité s'impose de considérer les aspects d'ordre

socioculturel dans la mise en place des soins et l'orientation de stratégies, avec une plus grande garantie d'adaptabilité au genre, au statut et à l'expérience de vie.

- Plusieurs obstacles se sont situés en rapport avec les ressources de santé, surtout en ce qui concerne la difficulté de l'accessibilité aux soins médicaux et la difficulté d'obtenir une aide à domicile.

- L'activité d'infirmière à domicile est conditionnée par des questions d'ordre organisationnel et fonctionnel des centres médicaux, elle fonctionne dans un aspect curatif, négligeant les aspects de préservation de la santé et de prévention de la maladie.

Dans une troisième partie, nous essayons d'analyser les besoins des citoyens et les réponses communautaires en recherchant des suggestions et des propositions qui vont au-delà des contraintes et qui pourraient représenter un avantage dans l'aide aux personnes âgées.

L'humeur triste et les nombreuses larmes que nous avons observées reflètent le poids d'un groupe que la société isolé et stéréotypé, sans utiliser le potentiel dont il est encore porteur.

La prolifération de projets et l'éventail varié de réponses existantes ne semblent pas, de notre point de vue, avoir un fondement justifié et adéquat et ne s'ajustent pas non plus à la population de personnes âgées qu'ils servent. Leur but est de faire face aux problèmes et aux besoins des personnes âgées, dans une perspective de prestation de services disponibles à ceux qui en auront besoin. Ils ont été créés pour les personnes âgées et non pas avec les personnes âgées.

En ce qui concerne les ressources de santé, l'offre des services, définie *a priori*, fonctionne comme un blocage des besoins des personnes âgées en conditionnant leurs requêtes. En ayant une pensée pour les personnes âgées, il est urgent d'élaborer des stratégies d'intervention planifiées avec les personnes âgées et non pas seulement pour les personnes âgées

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 33

I PARTE – A CONFIGURAÇÃO DA PROBLEMÁTICA 41

1- ENFERMAGEM – PARADIGMA CIENTÍFICO 43

1.1 - ENFERMAGEM: ACTO DE CUIDAR 47

1.2 - ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E INTERACÇÃO COM A COMUNIDADE 60

1.3 - A INTERDISCIPLINARIDADE NA CIÊNCIA DE ENFERMAGEM 70

1.4 - TEORIA E PRÁXIS: SUAS RELAÇÕES DIALÉCTICAS 77

2 - SER IDOSO – HOJE E AMANHÃ 83

2.1 - O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOLÓGICAS 88

2.2 - O IDOSO NA SOCIEDADE PORTUGUESA 105

2.3 - O IDOSO E A ESPERANÇA DE VIDA SEM INCAPACIDADE 113

2.4 - O IDOSO NA CIDADE SAUDÁVEL 122

2.5 - CIDADE SAUDÁVEL: CIÊNCIA E CONSCIÊNCIA 129

2.6 – O DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DOS RECURSOS NA CONSTRUÇÃO DA CIDADE SAUDÁVEL 141

3 – REDES SOCIAIS DIFERENCIADAS DE APOIO AO IDOSO 151

3.1 – O IDOSO E OS RECURSOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE 155

3. 2 – PROGRAMAS MULTIDIMENSIONAIS DE APOIO AOS IDOSOS 161

II PARTE – DA TEORIA À PRÁTICA 177

1 - ESCOLHA E CAMINHO DE INVESTIGAÇÃO 179
1.1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO 184
1.2 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 187
1.3 - OBJECTO DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA 189
1.4 - POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA: SUA CARACTERIZAÇÂO 192
1.5 - CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADO 201
1.5.1 - Instrumento de recolha de dados destinado a idosos no seu domicílio 202
1.5.1.1 – Questionário de avaliação sócio-demográfica e percepção de necessidades 203
1.5.1.2 – Avaliação da capacidade funcional – Escala de Barthel 204
1.5.1.3 – Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso. 205
1.5.1.4 - Diário de Bordo para avaliação do contexto 205
1.5.2 - Instrumentos dirigidos a familiares e/ou cuidadores 206
1.5.2.1 – Familiar e/ou cuidador 207
1.5.2.2 - Questionário para estudo da intervenção do enfermeiro na comunidade 207
1.5.3 - Entrevista a informantes privilegiados 208
1.6 - CONSTITUIÇÃO DO "CORPUS" DE ANÁLISE 209
1.7 - ELEMENTOS E DIMENSÕES DO ESTUDO 210
1.8 – RECOLHA, TRATAMENTO DE DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADADOS 212
1.9 - DIFICULDADES E LIMITES DA INVESTIGAÇÃO 216

2 - TRATAMENTO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 221
2.1 – OS IDOSOS NO SEU MEIO SÓCIO-FAMILIAR 224
2.1.1 – Análise demográfica e sócio-sanitária do grupo em estudo 224
2.1.2 – Qualidade de vida, limitações da capacidade funcional e decisões de intervenção. 236

2.1.3 - Avaliação das expectativas e necessidades do idoso 240
2.2 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS NO CSVC 272
2.3 – INTERVENÇÃO SOCIAL – PROJECTOS DA CIDADE SAUDÁVEL 280

III PARTE – CONTRIBUTOS PARA UMA VELHICE BEM SUCEDIDA 285

1 - DAS NECESSIDADES DO CIDADÃO IDOSO ÀS RESPOSTAS INTEGRADAS 291
2 – DE CONCLUSÕES A PROPOSTAS 303

BIBLIOGRAFIA 313

ANEXOS 331
ANEXO I - Pedidos de colaboração 333
ANEXO II - Ofício dirigido aos presidentes de Junta de Freguesias estudadas e Párocos 336
ANEXO III - Instrumento de colheita de dados – Questionário 338
ANEXO IV - Escala de Barthel 341
ANEXO V - Grelha do Índice da Qualidade de Vida 343
ANEXO VI - Ofício e questionário dirigido aos enfermeiros 345

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Índice de dependência de jovens e de idosos – Distrito de Viana do Castelo – 1991/2001 112
Figura nº 2 – Factores determinantes de saúde 134
Figura n.º 3 – Fundamentos de uma rede de parceria em saúde 175
Figura n.º 4 – Condicionantes gerais e específicas na abordagem aos idosos 201
Figura nº. 5 – Questões conceptuais que orientaram a investigação 223
Figura nº. 6 - Contributos para uma velhice bem sucedida 287
Figura nº. 7 – Sentimentos expressos pelos idosos 305

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º1 – Evolução da taxa de Natalidade 105

Gráfico n.º 2 – Evolução da taxa de Mortalidade 106

Gráfico nº. 3 – Proporção de inquiridos por freguesia 196

Gráfico nº. 4 - Distribuição da população da amostra por sexo (n=499) 224

Gráfico nº. 5 – Proporção por sexo na população e na amostra por freguesia 225

Gráfico nº. 6 – Distribuição dos idosos inquiridos por grupo etário, sexo e freguesia, na Cidade de Viana do Castelo (n=499) 226

Gráfico nº. 7 – Distribuição dos idosos inquiridos por freguesia (n=499) 227

Gráfico nº 8 – Estado civil dos idosos em estudo (n=499) 228

Gráfico nº. 9 - Distribuição dos idosos, em número absoluto e percentagem, pelo sector de actividade que exerceram 234

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº. 1 - Teorias do envelhecimento biológico 95

Quadro n.º 2 – Evolução da população portuguesa (1920 – 2001) 107

Quadro n.º 3 – População residente segundo grupos etários e sexo – Distrito de Viana do Castelo e Continente (1991-2001) 110

Quadro n.º 4 – Indicadores demográficos – Distrito de Viana do Castelo e Continente (1991/2001) 111

Quadro n.º 5-Distribuição da população residente e do n.º absoluto e percentual de idosos em quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo 192

Quadro n.º 6 - Diferença no número de população idosa das quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo, registada pelos censos 2001 e inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo em 2002 194

Quadro n.º 7 - Distribuição dos indivíduos em estudo (n=499), em número absoluto e percentual, por sexo e por freguesia 227

Quadro n.º 8 – Estado civil dos idosos em estudo (n=499 228

Quadro n.º 9 – Distribuição por freguesia dos idosos inquiridos que precisam de cuidador por idade e sexo (n=69) 231

Quadro n.º10 - Distribuição dos idosos, em número absoluto e percentagem, pelo sector de actividade que exerceu 234

Quadro n.º 11 - Parâmetros relativos a actividades de vida, por sexo, considerados na Escala de Barthel, em que o grupo de idosos apresentava limitações 237

Quadro n.º 12 - Frequência e percentagem dos componentes básicos de vida menos pontuados pelo IQVI 239

Quadro n.º13 - Escolhas referenciadas pelos idosos sobre *"o local onde gostaria de viver no futuro"* (n=499) 250

Quadro n.º14 - *"Outro local"* onde gostaria de viver no futuro 253

Quadro nº15 - Satisfação do idoso face à ajuda proporcionada e forma como é realizada (n=69) 258

Quadro n.º16 – Maiores preocupações dos idosos em estudo (n=499) 261
Quadro n.º17 - Motivos referidos pelos idosos para chamarem o enfermeiro a casa 267
Quadro n.º18 - Serviços de saúde a que recorrem os idosos, em número e percentagem (n=449) 269
Quadro n.º19 – Distribuição dos Enfermeiros do CS de Viana do Castelo, por ano de formação inicial (n=29) 275
Quadro n.º20 – Gosto pelas Actividades de Enfermagem 276
Quadro n.º21 – Preferência na realização de Actividades de Enfermagem a grupos 276
Quadro n.º22 – Importância Atribuída à Visita Domiciliária 277
Quadro n.º23 – Determinação da Necessidade de Visita Domiciliária 279
Quadro n.º24 - Comparticipações atribuídas, por idoso, em 2004 às instituições que apoiam idosos 299

INTRODUÇÃO

> *" O aumento da longevidade está a criar uma nova fronteira para a humanidade, a ampliar as nossas perspectivas mentais e físicas. Os idosos dos nossos dias são, em muitos aspectos, pioneiros. Fazendo jus a este espírito foram inovadores, catalizadores e condutores de muitas iniciativas levadas a cabo durante o Ano. Ao fazerem-no, ajudaram-nos a preparar o caminho para uma vida mais segura, mais saudável e mais rica para muitas gerações de idosos que virão depois deles".*
>
> Koffi Annan
> Secretário-Geral das Nações Unidas, 1999
> (Ano Internacional dos Idosos)

Desenvolver e aprofundar novos conhecimentos sobre idosos, é uma necessidade inadiável, tendo em vista o seu bem-estar e pensando, ainda, nos cuidados de saúde de que necessitam mais tarde ou mais cedo. Importa salientar, que cuidar dos idosos é, também, procurar preservar um património de vida, repleto de sabedoria, que se foi forjando e sedimentando, com o avançar dos anos, e que poderá transformar-se em legado de valor inestimável para as gerações futuras.

Já muito se tem estudado e escrito sobre o envelhecimento. Porém, as certezas continuam incertas, as diferenças acentuam-se de indivíduo para indivíduo e são desconhecidos os factores de variabilidade inter-individual que aceleram ou retardam o envelhecimento, principalmente o declínio das faculdades mentais, ou, de que forma, esse declínio se traduz na vida do dia-a-dia e no bem-estar das pessoas idosas. Verifica-se, todavia, que o processo de envelhecimento se caracteriza por várias disfuncionalidades de sistemas orgânicos, que alteram a capacidade de resposta do organismo, tornando o idoso mais susceptível às doenças. Essa perda progressiva e irreversível da capacidade do organismo se adaptar às condições do meio ambiente aplica-se tanto ao desempenho físico como mental, dificultando as actividades da vida diária.

Se, outrora, a esperança de vida era curta, hoje a longevidade é real, sendo a "batalha" do tempo uma das maiores conquistas do nosso século. Sendo o homem idoso uma

realidade do século XX, é preciso *"tomar isso em linha de conta nos nossos projectos, nas nossas escolhas, na própria concepção que temos do nosso ser no mundo"* (Levet, 1998, p.8), acreditando que temos as melhores hipóteses de viver velhos (e mesmo muito velhos), se cada um souber investir nessa possibilidade. O percurso normal do ser humano (da gestação à morte) desenvolve-se condicionado por factores sociais, económicos, demográficos e outros – onde se vive ou sobrevive, ao longo dos anos – e em que qualidade de vida é um imperativo que a todos deveria ser proporcionado.

As questões relacionadas com as pessoas idosas têm constituído algumas das nossas preocupações nos últimos anos, resultantes dos contactos frequentes com este grupo etário, na orientação dos ensinos clínicos. No nosso percurso docente, as experiências de orientação de alunos em vários locais de ensino clínico – Hospitais e Centros de Saúde – permitiram observar que os serviços de saúde são povoados, maioritariamente, por idosos: muitos, com necessidades reais pouco valorizadas pelos técnicos; internamentos prolongados, alguns por rejeição familiar ou por insuficiência de recursos compatíveis, que possibilitem qualidade de vida no seu domicilio; solidão e falta de apoio de retaguarda para permitir a convalescença ou possibilitar a reabilitação e reinserção, com sensibilidade ao direito à diferença e à privacidade de cada indivíduo. Será importante que a sociedade *"tenha respostas adequadas para tornar o idoso o mais autónomo possível, dentro das suas incapacidades, fornecendo-lhes as soluções técnicas e humanas que lhe permitam a sua permanência no domicílio"* (Cabrita, 2004, p.6). Os idosos são pessoas vulneráveis, susceptíveis de deterioração física e mental, facilmente perturbadas pelas crises sociais. Começam, actualmente, a ser alvo de atenção por parte da sociedade e constituem um problema complexo na definição das políticas de saúde no nosso país.

As estatísticas mostram-nos que a esperança de vida continua a aumentar. *"A expectativa média de vida no nosso país aumentou em cerca de cinco anos e é agora de quase 80 anos, nas mulheres e cerca de 75 nos homens"* (Antunes, 2001, p. 27). Verifica-se também que a natalidade continua a diminuir e que o saldo natural vai decrescendo lentamente, à custa das pessoas mais idosas.

O distrito de Viana do Castelo é caracterizado por uma população que tende para o envelhecimento, com um número muito elevado de idosos, em detrimento dos jovens e da população activa. Em 1991, assistia-se a um aumento deste grupo etário – 16.7% da população tinha 65 anos ou mais, enquanto no resto do país o percentual se situava em

13.6%, de acordo com os últimos censos. O índice de envelhecimento é um dos indicadores demográficos que, também, sofreu uma evolução acentuada, passando de 51.7% em 1981 para 80.7% em 1991 e para 132.4% em 2001.

Nas conclusões do diagnóstico de saúde, elaborado no distrito de Viana do Castelo em 1988, *"as condições de vida dos idosos"* situavam-se em segunda prioridade. A ordem de prioridade dos problemas de saúde encontrados foi atribuída, tendo por base critérios de magnitude, vulnerabilidade, possibilidade económica, evolução das situações, enquadramento legal e constrangimentos sociais. Nesse estudo identificaram-se, também, problemas de funcionamento dos serviços, cujos reflexos na saúde são grandes, chegando mesmo a constituírem-se opositores ao seu desenvolvimento e tornando-se necessária uma intervenção nesse contexto.

Da nossa prática quotidiana, no exercício da docência, fomos constatando e, testemunhamos também, alguns problemas que o estudo referido procura relatar, e que, decorridas mais de uma década, não foram, ainda, resolvidos:

- Deficiente articulação de serviços originando perdas de informação, gastos desnecessários às instituições e ao próprio utente.
- Carência de recursos materiais e humanos, para fazer frente aos problemas dos idosos.
- Reduzida eficácia na gestão de serviços e deficiente articulação funcional, limitando uma adequada prestação de cuidados.
- Cuidados muito centrados na instituição (dentro de portas) e distanciados e pouco abertos à comunidade e às reais necessidades do cidadão.
- Inexistência de avaliação de programas e projectos desenvolvidos, cujos recursos se perdem, ou desconhecem, e cujos registos constituiriam uma mais valia, na orientação de novas iniciativas.

A reorganização dos serviços de saúde implica, não só a alteração de estruturas e procedimentos, mas, sobretudo, mudanças nos aspectos relacionados com comportamentos, atitudes, cultura e valores das pessoas (técnicos de saúde e população em geral). Quer queiramos quer não, todos somos intervenientes e responsáveis neste processo.

A sensibilidade para os problemas das pessoas idosas, desenvolveu-se, também, com solicitações várias à participação em mesas redondas, cujos debates se têm centrado na

mesma problemática, acompanhando, assim, a evolução no discurso político e na intervenção local, no sentido de melhorar as condições de vida dos mais velhos. Parafraseando Carlos Rio, será necessário "*agir no sentido de que a velhice não seja o tempo de esperar o fim, mas sim o tempo acrescido para viver, conviver, ensinar, aprender e criar, privilegiando o envelhecimento com dignidade e com qualidade de vida*" (op cit. Melão, 1999, p.19).

A ideia do percurso investigativo conducente ao desenvolvimento de tese de doutoramento inscreveu-se, assim, no âmbito de um conjunto de experiências, preocupações e reflexões, que o nosso trajecto profissional foi permitindo. Sem perder de vista outros desenvolvimentos efectuados, a escolha do tema *"Idosos e as Dinâmicas de Parceria"* veio permitir a continuidade do trabalho que integrou o programa "Viana do Castelo – Cidade Saudável", designado *" Projecto de intervenção comunitário na área dos idosos"* apresentado em 1995. Procurámos, então, desenvolver o estudo de caracterização demográfica e Índice de Qualidade de Vida dos Idosos de quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo, com a colaboração de alunos do 3º Ano do Curso de Bacharelato em Enfermagem, em estágio no Centro de Saúde de Viana do Castelo.

Os cuidados de saúde continuam a desenvolver-se numa perspectiva curativa, em situação de doença e quando solicitados pelo utente idoso ou seu representante, descurando os aspectos de prevenção da doença e promoção da saúde.

Há necessidade de alterar esta postura dos serviços e de uma maior compreensão para a complexidade das dimensões em cuidados de saúde. Esta complexidade no desenvolvimento em saúde levou a OMS a considerar a **cooperação intersectorial** como uma das ideias chave que condicionam a estratégia da saúde para todos. Ao lado da equidade, do conceito positivo de saúde, da participação comunitária, da filosofia dos cuidados primários e da cooperação internacional, o documento das Metas da Saúde para Todos, emanado pela OMS, pressupõe que o sector de saúde, isoladamente, não tem condições para solucionar todos os problemas. A **cooperação intersectorial** torna-se, assim, essencial para alcançar os pré-requisitos de saúde e promover estratégias de uma política integrada e de desenvolvimento sustentado.

Porém, as contradições sociais emergem com frequência. O compromisso das estruturas sócio-políticas aparentemente tem sido grande. No entanto, a sociedade actual descuida

particularmente a população não produtiva. As directivas, programas, acordos definidos a nível governamental, no campo da saúde e do bem-estar, continuam a ser, por vezes, dimensionadas de forma estática, uniforme e linear, correndo o risco de não se ajustarem ao local, à cultura dos indivíduos e grupos. Não garantem qualidade de vida, nem sempre produzem satisfação de necessidades, ou não se enquadram nem melhoram a assistência aos idosos. A dinamização de estratégias locais torna-se urgente e necessária.

Outras questões se nos colocaram e constituem preocupação generalizada:

- Como aceita e integra a família o seu idoso?
- Será que os mesmos são considerados intervenientes no seu processo de vida e saúde?
- E qual o envolvimento da comunidade, outra dimensão a ser considerada na resolução dos problemas, não sendo possíveis intervenções unilaterais e de carácter reducionista.

O documento do Ministério da Saúde *"Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do Século"* (1999), preconizava a mudança centrada no cidadão, perspectiva essa, ainda longe de ser uma realidade. Todas as decisões deveriam centrar-se e ser determinantes na defesa da dignidade pessoal do homem, na conservação da sua independência e auto-responsabilização, na satisfação de reais necessidades.

Em 1999, celebrou-se o ano internacional das pessoas idosas, cujo slogan *"uma sociedade para todas as idades"* continua na memória de todos quantos pretendem revitalizar a imagem do idoso. Defendemos que o enriquecimento das gerações futuras ficará condicionado pelo aproveitamento (ou não) da experiência amadurecida dos mais velhos; da sabedoria acumulada pelos anos, num percurso de cultura secular a transmitir pelas PESSOAS MAIORES: em idade, em saber, em esperança e em valor social adquirido.

Partindo do pressuposto que a ciência da enfermagem tem a dignidade científica de qualquer outro ramo do saber, o nosso objecto de estudo centrar-se-á na compreensão das **dinâmicas de parceria no CUIDAR do idoso não institucionalizado**. Destacam-se, assim, as conexões ao idoso, à profissão de Enfermagem e à formação, num trabalho

que visa trazer contributos de fundamentação epistemológica, política e de compreensão indispensável ao **papel da enfermagem na produção de cuidados de qualidade.**

Na pesquisa bibliográfica e desenvolvimento teórico que fazemos, para avançar com alicerces firmes no campo da investigação, entendemos o utente idoso como sujeito dos cuidados; a profissão de Enfermagem como disciplina autónoma, com saberes e competências próprias, que se concretizam na resposta apropriada às necessidades e expectativas dos utentes, aproximando-se do seu quotidiano; e a formação de enfermagem como o espaço de apropriação pessoal de uma identidade – património de capacidades e habilidades – que permite à enfermeira e ao enfermeiro agir em situação.

Tendo presente condicionalismos de vária ordem que sempre rodeiam os projectos investigativos, (obstáculos das instituições para a autorização da investigação, diligências no sentido do consentimento informado, dificuldades no contacto e aceitação dos idosos para a recolha de dados, conjugação de responsabilidades familiares com tempos de trabalho de campo, entre outros), e consciente das nossas próprias limitações, propusemo-nos dar resposta aos seguintes objectivos:

- **Conhecer as necessidades reais dos idosos, no domicílio primário ou de substituição e analisar os recursos existentes na família e na comunidade, para apoio do idoso.**
- **Conhecer as redes de apoio em saúde e sócio-culturais que acompanham e cuidam de idosos, procurando reconhecer eventuais focos de perturbação/preocupação da pessoa idosa com as pessoas que lhes prestam cuidados.**
- **Compreender como funcionam as parcerias ou redes de apoio à pessoa idosa, no sentido de percepcionar a satisfação do idoso e a sua relação com o prestador de cuidados.**
- **Percepcionar a satisfação do prestador de cuidados, bem como as suas dificuldades ou limitações.**
- **Reconhecer as estratégias existentes para facilitar a acessibilidade deste grupo etário aos serviços de saúde.**
- **Compreender qual o papel do enfermeiro para assegurar cuidados de qualidade a este grupo etário.**

Ao longo desta memória retratamos um caminho sinuoso que fomos percorrendo, próximo das realidades individuais e comunitárias, bastante ousado e ambicioso, por vezes. Difícil se tornou essa aproximação pelos juízos pré-concebidos da nossa educação, da experiência profissional, de conhecimentos, dos esquemas mentais criados na percepção da realidade. Foram obstáculos, por vezes, e serviram de estímulos noutros momentos.

O trabalho apresenta-se em quatro eixos estruturantes:

Uma *introdução* onde traçamos, em resumo, o quadro da tese subsequente.

A *primeira parte* centrou-se na fundamentação teórica, procurando contextualizar a ciência da enfermagem como paradigma científico – partindo em busca das raízes antropológicas do cuidado e da sua problemática interdisciplinar; o ser idoso – hoje e amanhã – realçando perspectivas demográficas e sociológicas do envelhecimento populacional; do seu dever de cidadania e do direito a cuidados de saúde, movido por um *"projecto-esperança"* de Cidade Saudável, baloiçada numa relação dialéctica entre o real e o possível.

A *segunda parte* percorreu a escolha e caminho da investigação. Traçou o percurso empírico desde as opções metodológicas que integram paradigmas quantitativos e qualitativos, aos instrumentos de recolha de dados, métodos de análise e formas de apresentação dos resultados. Quisemos desenhar e implementar uma metodologia de investigação que fosse coerente com os princípios filosóficos e conceptuais adoptados:

- Incerteza provocada pela imprevisibilidade da conduta humana.
- Complexidade característica do ser humano pelas dimensões próprias da emoção, razão, comunicação, acção.
- Flexibilidade, como única estratégia de acção metodológica capaz de adaptar-se, minimamente a esta diversidade humana.
- O saber da ciência não pode realizar-se com prejuízo da cultura, da subjectividade, da espiritualidade. Concretiza-se em tempos e espaços próprios.

Numa *terceira parte,* partindo da realidade encontrada, centramo-nos nas necessidades do cidadão idoso, procurando reorientar os programas com propostas mais adequadas em respostas integradas. Gostaríamos de ter sido criativas na adaptação das propostas às emergências do contexto, porém procurámos antes, aproveitar a realidade de forma

positiva. A inquietude de cada pessoa, constituiu *"um caldo de cultivo"* para planos diversificados, amplos e tolerantes, acreditando que o **mundo para todos** é feito do **mundo de cada um**.

Por fim, *a conclusão,* partiu dos pressupostos de início e das dificuldades próprias deste trajecto e percurso formativo, *"na esperança de que mais tarde ou mais cedo, o **saber** se faça **sabedoria** e a ciência seja culta, numa aliança indiscernível entre o conhecer e o ser"* (Sérgio, 2000, p.19).

Na procura de **contribuições das parcerias na qualidade de vida dos idosos,** foi nosso propósito perceber o que é para os idosos "qualidade de vida", quais as suas necessidades e expectativas e, sendo enfermeira, analisar o papel da enfermagem na produção de cuidados de qualidade, porque acreditamos serem dimensões da sua competência:

- Ajudar a construir **SAÚDE,** integrando projectos comunitários que beneficiem a saúde das populações, nos princípios da equidade, igualdade, justiça social.
- Contribuir para que a comunidade atinja níveis de desenvolvimento que proporcionem melhores padrões de bem-estar.
- Orientar na procura de melhores soluções em ordem a um verdadeiro projecto de saúde para **todos** os cidadãos.
- Participar e envolver-se na construção de um ambiente seguro, limpo e de qualidade elevada.

Se procuramos, **hoje,** melhorar e tornar a vida mais feliz de algumas pessoas, este trabalho só se concretizará, se, brevemente, o investimento cobrir **todos** os idosos.

I PARTE

A CONFIGURAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1 - ENFERMAGEM – PARADIGMA CIENTÍFICO

"A lógica da caridade e da dádiva
transformam-se face ao anonimato e à personalização da assistência;
a lógica moral ou religiosa dilui-se face à lógica científica..."

Petitat, 1989, p.16

Desde o dealbar da prática profissional de enfermagem, que se questiona (e continua a questionar-se) qual a ciência que fundamenta a profissão de enfermagem.

Os advogados defendem, para si, a ciência jurídica; os sociólogos a sociologia; os psicólogos a psicologia; os médicos as ciências médicas... e, quase num lampejo de indignação, se pergunta: e nós? Só poderemos viver com ciências de empréstimo?

Durante muito tempo aceitou-se a ideia de que a enfermagem era uma área interdisciplinar. Mas, porque todo o real é complexo, chegou-se à conclusão de que a noção de autonomia, não exclui, antes supõe, a interdisciplinaridade. Veja-se a economia (um exemplo, entre outros): *"Por detrás do dinheiro, há todo um mundo de paixões, há a psicologia humana. Mesmo nos fenómenos económicos stricto sensu, jogam-se os fenómenos da multidão, os fenómenos ditos de pânico (...). A dimensão económica contém as outras dimensões e não pode compreender nenhuma realidade de maneira unidimensional. A consciência da multidimensionalidade conduz-nos à ideia que qualquer visão especializada, parcelar é pobre"* (Morin, 1991, p.83). E não praticam, hoje, habitualmente, a interdisciplinaridade as ciências médicas?

Ao lermos uma tese, notável, de Manuel Sérgio, sobre a motricidade humana (ou cinantropologia), ciência que resulta de um corte epistemológico na área da educação física, a pré-ciência desta nova ciência, começou a surgir um novo impulso para o esclarecimento desta dúvida. Voltamos a questionar: é a enfermagem uma ciência?

Lendo, com a atenção possível, este livro, intitulado **Um Corte Epistemológico: da Educação Física à Motricidade Humana**, nele se escreve: *"já nos esquecemos que a ciência é discurso (o desenvolvimento das ciências é uma retórica interminável de argumentos) e é preciso construir a linguagem que manifesta a nossa ruptura epistemológica e nos permita o diálogo com o senso comum, na dupla ruptura epistemológica?"* (Sérgio, 1999, p.154).

Com Luís Althusser (1978), Manuel Sérgio estabelece uma distinção entre os *"conceitos teóricos"* que respeitam aos *"objectos abstratos-formais"* e os *"conceitos empíricos"* que respeitam as *"determinações da singularidade dos objectos concretos"*.

Assim, os conceitos teóricos constituem o objectivo último de todo o trabalho científico. Ele refere-se, não a um objecto real, mas a um *"objecto formal-abstrato"*. Da ciência resultam conceitos e "*sistemas conceptuais teóricos e é, através deles, que a ciência conhece o real concreto. Aqui, não há especulação filosófica, porque tudo se passa dentro de normas estritas (critérios formais e experimentais de cientificidade), mas sem esquecer nunca a indispensável construção teórica. De facto, não pode confundir-se ciência com substitutos ideológicos de uma base teórica*" (Althusser, 1976, p.46). Será, também, alicerçados nestes ensinamentos, que podemos compreender melhor o que é uma ciência e quais os contributos dos estudos científicos na compreensão da ciência de enfermagem.

A pesquisa e fundamentação elaborada neste primeiro capítulo caminham em torno da compreensão do que é a **enfermagem** e **cuidar**, seguindo um dos objectivos traçados de *determinar epistemologicamente, a matriz teórica da ciência de enfermagem, que permita compreender o valor da intervenção do enfermeiro na produção de cuidados de qualidade aos idosos.*

Fizemos, também, uma abordagem da interdisciplinaridade e contributos de outras ciências na construção da ciência de enfermagem. Analisamos pressupostos da formação de enfermagem, construída e alicerçada nas dinâmicas e inter-acção com a comunidade que serve, frente aos interesses, aos desafios e aos dilemas sócio-económicos que se jogam à custa dos utilizadores e dos prestadores de cuidados. Visam satisfazer dois grandes objectivos: *estudar e aprofundar a interdisciplinaridade bem como a relação dialéctica teoria/prática nas políticas de parceria, que procuram satisfazer necessidades de pessoas idosas no âmbito social e político e, por fim, compreender de que modo a enfermagem contribui, no campo da formação e do exercício profissional, para assegurar a sua intervenção, na consolidação de uma cidade com mais e melhor qualidade de vida.*

1.1 - ENFERMAGEM: ACTO DE CUIDAR

*"...**cuidar***
situa-se na encruzilhada do que faz viver
e do que faz morrer,
do que estimula as forças e o desejo de viver,
assim como do que os entrava".
Collière (2003, p.7)

A afirmação da enfermagem como ciência tem sido um processo muito complexo, não pela falta de reflexões e de investigação, mas devido, talvez, ao decurso histórico de construção desta profissão. A definição social de enfermagem, qual o seu passado e como se foi construindo o percurso profissional parecem constituir obstáculos permanentes e inultrapassáveis para quantos se têm dedicado a esta causa.

O que é a enfermagem? O que são os cuidados de enfermagem? São dúvidas que continuam presentes, apesar dos esforços feitos por vários investigadores enfermeiros, preocupados em construir a enfermagem como disciplina autónoma e definir modelos de enfermagem alicerçados no cuidar. Como afirma Lisete Fradique Ribeiro "*...a proliferação de teorias e modelos de enfermagem são bem um sintoma de uma fase pré-paradigmática em que se evidencia a vontade de criar escolas de pensamento no âmbito da disciplina. Esse esforço tem sido importante, quer para a afirmação da enfermagem enquanto profissão com um corpo de conhecimentos, quer para a incrementação de linhas de pesquisa sobre o domínio específico da enfermagem*" (1995, p. 29). Segundo esta autora o debate sobre a natureza da enfermagem tem-se agudizado, sobretudo nos últimos 40 anos, paralelamente ao evoluir de outras ciências, nas quais se fundamentam, ao criar e definir teorias e modelos de actuação de enfermagem. São disso exemplo:*"o modelo de sistemas abertos de King, o modelo de comportamento de Johnson, o modelo de conservação de Levine, o modelo de sistemas de Neuman e outros"* (Abreu, 2001, p. 34). Para estes teóricos o modelo de enfermagem assenta numa forma muito mecanicista de prestar assistência de enfermagem, de acordo, aliás, com a visão cartesiana do ser humano.

Mais recentemente – e face às alterações epidemiológicas, ao aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento da população verificado nos últimos 20 anos – outros esforços se têm vindo a fazer no sentido da valorização da enfermagem e das suas intervenções na mudança dos sistemas de saúde. *"...o prolongamento da vida em*

doentes incuráveis e o aumento dos idosos constituem um desafio para as enfermeiras" (Ribeiro, 1995, p. 27), bem como a urgência de estudar e encontrar modelos próprios de enfermagem que valorizem uma intervenção orientada para **cuidar a pessoa,** com vista ao seu bem-estar. *"Há um abismo entre «o conceito CUIDAR» a que se referem os quadros de enfermagem de modo cada vez mais abstracto e a realidade. A forma de evocar O cuidar no singular, fazendo DO cuidar uma abstracção..."* (Collière, 2003, p. 11), como diz a autora, existe nebulosidade nestes conceitos e temos, ainda, um grande caminho que é preciso percorrer.

Cuidar permanece, antes de mais, como uma prática que gera e regenera a vida, com uma gama impensável de gestos e de palavras que mobilizam as forças e o desejo de viver. Como reencontrar os cuidados vitais, os que restauram as forças e o desejo de viver? Como chegar ao outro, no juízo e na medida da sua necessidade? Como discernir o cuidado necessário em cada situação?

Cuidar, cuidado, cuidados, os termos aparecem, indistintamente, na forma de verbo (designando acção), na forma substantiva, banalizados na linguagem de todos os técnicos de saúde, ou aplicados noutras situações, cujo significado pode captar a mesma ideia: *"...os cuidados representam todos os recursos de engenho, de criatividade, que se desdobram para permitir ultrapassar as passagens determinantes, a fim de assegurar a continuidade da vida..."* (Collière, 2003, p.176). São gestos de uns – cuidadores – orientados para a ajuda a outro, que necessita de cuidados. Estes actos repetem-se ao longo da vida, e revestem-se de formas e amplitudes muito diversas, de acordo com as fases da vida e eventuais disfunções, mas também em função das condições sociais, económicas ou do meio sócio-cultural.

Na última metade do século XX, nos países anglo-saxónicos, algumas enfermeiras desenvolveram estudos e observações sobre a natureza dos cuidados e a explicação do seu conteúdo. Foi o caso de Faye Abdellah, Irene Beland, Virgínia Henderson, Nancy Roper, Dorothy Orem, entre outras. Os seus modelos não pretendiam ser a base de formação de enfermeiros, *"clarificar o que é ser enfermeiro"*, mas sim esclarecer o que poderia ser apreendido na função de cuidar. A impregnação ideológica de algumas dessas correntes teóricas foi desvirtuada *"...cada vez centrada no comportamento a induzir, na atitude a adquirir, acompanhada de uma metodologia destinada a aplicar mais do que a descobrir"* (Collière, 2003, p. 9), desviando, a maior parte das vezes, o interesse da sua principal finalidade. Em vez de esclarecer a complexidade dos

cuidados, de estimular a curiosidade e abertura de espírito, são focalizados passos a executar e um conjunto de procedimentos a efectuar, que conduzem a um determinado tipo de respostas. O processo de cuidar, segundo um determinado modelo, dita o modo de abordar as pessoas saudáveis e doentes, determina e regula o que se deve esperar delas e para elas, deixando na sombra, e não valorizando, o que se não manifesta na recolha sistemática de dados e no ordenamento de uma tipologia de cuidados. Será que queremos entrar e aceitar este caminho dos "diagnósticos de enfermagem"? Se é indispensável que os enfermeiros possam não só legitimar como legalizar o que depende da sua competência e autonomia, bem como da razão de ser da sua função – os cuidados – é desejável que *"sejam responsáveis pelo discernimento dos cuidados a propor e a realizar, de acordo com o que caracteriza as pessoas a cuidar e o seu estado, em ligação com a execução e a vigilância do tratamento"* (ibidem, 2003, p.10). Reencontrar a natureza dos cuidados (o que caracteriza, ou os tipos de cuidados a prestar), é reencontrar o que do nascimento à morte suscitou em todos os tempos e em todas as sociedades, *"...cuidados que, longe de serem uniformes e sistemáticos, procuram, em função da diversidade dos meios, mobilizar as capacidades de viver e, ao mesmo tempo, compensar fisiológica e psico-afectivamente o ainda não adquirido ou que se tenha perdido"* (ibidem, 2003, p.187). Assim, os cuidados de enfermagem não partem de uma tipologia classificatória mas da dinâmica de pensamento construtivo, que não receia procurar o desconhecido do outro, para assegurar um diagnóstico de cuidados vitais, quando alguém deixou de ter possibilidade, por si só, de se cuidar. Cuidar é algo **universal** e de todos os tempos, porém, é fundamental conceptualizar o que é o cuidado de enfermagem, qual a sua essência, ou, em suma, o que é enfermagem. A ciência, sem qualquer propensão teoricista, não apresenta dados empíricos que não tenham por detrás matrizes teóricas. Aliás, o *corte epistemológico,* realiza-se no surgimento de uma dada formação científica, no seio de uma formação ideológica. É um acto de evidente descontinuidade, ao nível da teoria, não se tratando de um acontecimento pontual, mas de um corte incessante, de um processo ininterrupto, de um salto qualitativo irrenunciável. Ao construir-se um novo modelo conceptual, nasce um novo vocabulário que nos indica a existência do corte.

A. Sedas Nunes é um autor a escutar, neste momento: *"qual o objecto sobre que se debruçam os alunos e o professor de uma disciplina – é sobre o real concreto? Evidentemente que não. É sobre um sistema de conceitos e de relações conceptuais, que*

nos propicia um outro código de leitura do real, distinto do senso comum" (1994, p.36). Entendemos, agora, a afirmação de Isaura Branco quando diz: "*...hoje caminha-se para um novo paradigma a que Boaventura Sousa Santos chama Paradigma Emergente e acredita-se que todo o conhecimento científico é natural e social, é auto conhecimento, íntimo e compreensivo, total e local, que visa construir-se em senso comum*" (1995, p. 67). Boaventura de Sousa Santos assinala a crise do paradigma científico vigente e acentua as principais características do paradigma científico emergente: *"...o objecto do conhecimento científico é a continuação do sujeito por outros meios; e o conhecimento sobre o objecto é auto-conhecimento"* (1989, p.48). Há, assim, necessidade de:

> *"...operar uma primeira ruptura com o senso comum de modo a construir categorias de análise suficientemente distantes dos interesses parciais e imediatos dos actores dominantes nas relações sociais. No entanto, para que esta primeira ruptura não hipoteque a possibilidade de reintroduzir as preocupações de intervenção e de transformação sociais no campo científico, (...) importa operar uma segunda ruptura epistemológica que rompa com a primeira, de modo a que na prática científica não se naturalizem as diferenças culturais e simbólicas, que tornam os actores sociais desiguais e que, por este meio, se visa contrariar"* (ibidem, p.57).

Por tanto, parece-nos ser a primeira ruptura um produto da segunda ruptura, dado que está nas mutações sociais e de mentalidades, a causa das causas de todos os **cortes** (ou rupturas) **epistemológicos**. Karl Popper demarca-se do que ele designa por "*teorias do conhecimento do senso comum"* (1974, p. 41), ou seja, daquelas que não sublinham o carácter conjectural das ciências. Há que encontrar, no entanto, no senso comum, as grandes aspirações sociais que a ciência deve ter em conta, também.

"*O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos anos seguintes basicamente no domínio das ciências naturais*". Mas um conhecimento baseado na formulação de leis "*tem como pressuposto metateórico a ideia de ordem e de estabilidade do mundo, a ideia de que o passado se repete no futuro*" (ibidem, p.81). Boaventura de Sousa Santos aponta uma crise profunda e irreversível, neste paradigma que podemos designar cartesiano-newtoniano, dado que "*estamos a viver um período de revolução científica que se iniciou com Einstein e a mecânica quântica e não se sabe ainda quando acabará"* (2000, p.63). Manuel Sérgio descobre uma crise evidente na Educação Física, com o surgimento de um novo vocabulário, nesta área do conhecimento, a partir da década de 60 (1999, p.29). Segundo Thomas Kuhn, uma ciência desenvolve-se com "*a*

passagem de um paradigma a outro, por intermédio de uma revolução" (1972, p.28), dado que o paradigma se situa entre uma crise prévia e a sua posterior aceitação. Mas tudo isto se passa ao nível teórico e é precisamente ao nível do teórico que devemos procurar os sintomas de crise, na ciência de enfermagem. Interessa realçar que todas as ciências são chamadas a alcançar o máximo de objectividade. Os grandes problemas científicos não se limitam à construção de um corpo teórico autónomo, mas sobretudo a ver se um corpo teórico é adequado e objectivo, tendo em conta as necessidades sociais. No entanto, no labor de construção de um paradigma, a primeira etapa consiste na definição das condições necessárias do conhecimento que se pretende. E aqui estamos, sem dúvida, no campo da teoria.

A. Touraine, ao vincar a necessidade de construção de uma teoria científica no domínio da sociologia, indica três fases: "*a primeira etapa consiste em definir o ponto de vista sociológico, as condições necessárias do conhecimento sociológico. A segunda, inseparável da primeira, consiste em tomar uma atitude sociológica, isto é, em adoptar uma visão crítica da ordem social; a terceira consiste em* ***definir démarches*** *e em levar a intervenções sociológicas. É assim que pouco a pouco serão formuladas, não mais elementos de análise, mas proposições precisas sobre os mecanismos sociais*" (1974, p.95). Há uma ideia central que está presente em todas as publicações deste conhecido sociólogo: é que "*os processos realizados, desde há um século, estão directamente ligadas à descoberta do objecto próprio da sociologia*" (Touraine, 1965, p.7). Em 1972, Eduardo Prado Coelho adiantava que um dos objectivos primaciais de uma ciência "*é precisamente o de um esforço para construir uma linguagem cuja sintaxe tenha autenticamente o poder de instruir sobre as relações objectivas dos fenómenos*" (1972, p.9). Assim, como Manuel Sérgio para construir a ciência da motricidade humana partiu em busca da linguagem que exprimia a crise no campo da educação física, cabe-nos ir em demanda da linguagem emergente da crise que possibilita a construção de ciência de enfermagem. É evidente que, a partir da década de 80 uma nova linguagem surge nesta área. A globalização da informação, os fundamentos filosóficos **do cuidar**, a actual concepção biocultural de saúde/doença, a reflexão em torno da prática dos cuidados (geradora de novas competências) e a investigação desenvolvida por alguns enfermeiros, leva-nos a concluir que estamos no caminho de um novo paradigma – **ciência da enfermagem**. Poderia aqui citar alguns nomes de enfermeiras conhecidas internacionalmente pela forma de conceber a disciplina de

enfermagem. Virginia Henderson, enfermeira americana, descreve uma concepção completa e explícita para a disciplina profissional de enfermagem. O seu modelo conceptual assenta em postulados, que constituem o suporte teórico e científico; alicerça-se em valores que justificam a razão de ser da profissão; define os elementos – cerne da sua concepção e área de explicitação do modelo – dão sentido à profissão e justificam-na perante a sociedade que pretende servir.

É manifesta a **descontinuidade**, na nossa área do conhecimento, como acontece com qualquer processo de produção histórica. Não há teorias científicas irrefutáveis. De acordo com Popper, o que caracteriza a ciência é a refutabilidade. Mas vejamos a crise, através da linguagem utilizada no surgimento da ciência de enfermagem. " *(...) estamos a assistir ao surgimento de grupos específicos de cientista sociais (e mesmo de outros que o não são) unidos por interesses ou áreas temáticas concretas, como sejam a população, a saúde, a linguagem, etc.",* como se lê no Relatório da Comissão Gulbenkian sobre a reestruturação das ciências sociais (1996, p.136). Por que não há-de suceder o mesmo na enfermagem, em busca do paradigma que nos garanta uma indiscutível dignidade científica? Não basta que nos distingamos por uma ética especial, urge que, epistemologicamente, saibamos provar o nosso lugar imprescindível, no campo da saúde, dentro de um labor interdisciplinar. Julgamos não exagerar ao acrescentar que um "positivo" anatomo-fisiologismo tem predominado nas ciências médicas descurando esta realidade: a ciência não se reduz a um processo de saber neutro e objectivo, mas a um processo social de poder. A ciência é assim um fenómeno social, sofrendo de todas as fraquezas e limitações que atingem os fenómenos sociais.

Há um dogma científico que é preciso pôr em causa: só é objecto válido de conhecimento o que for empiricamente observável e matematicamente expressável. Dogma este que se transformou neste outro: somente a ciência positiva e a tecnologia podem resolver todos os problemas humanos. A ideia da objectividade da ciência e a sua **mathesis universalis** esquece frequentemente, que não se explica só o ser humano, com os modelos específicos das ciências naturais. O ser humano, como Manuel Sérgio o diz tantas vezes, é *"corpo – mente – desejo – natureza – sociedade"* e é preciso ter em conta esta complexidade para que haja verdadeiramente saúde. A colaboração decisiva com as ciências humanas tem permitido uma mais perfeita e dinâmica visão da doença e do doente, no campo da medicina tradicional.

A Enfermagem tem evoluído através de uma experiência interactiva com outras profissões e outras áreas do conhecimento, procurando identificar e autonomizar a sua intervenção social e o seu paradigma científico. Tem vindo a afirmar-se como profissão desde há pouco mais de um século, mas foi nos últimos anos que alcançou no seio das profissões da saúde, um lugar que tende a ser de parceria com outros técnicos. As mudanças na profissão foram muitas nas últimas décadas com reflexos quer para os profissionais quer para o reconhecimento social da profissão. O desenvolvimento ocorrido no corpo de conhecimentos suscitados pelos desafios técnicos e científicos actuais e uma prática de cuidados altamente qualificada (mudanças também, e sobretudo, ocorridas na formação) têm contribuído para o reconhecimento e valorização do *"ser enfermeiro"*. O eclodir das mudanças político-sociais dos anos 70 e a expansão de direitos e regalias, possibilitou a pulverização de exigências e reivindicações individuais. O consumismo excessivo de serviços provocou, por outro lado, perturbação e instabilidade nos sistemas instituídos. O questionamento da qualidade de serviços, a heterogeneidade de comportamentos e reacções sociais, os processos conflituais que ocorrem nos serviços de saúde são talvez a "crise" de identidade necessária para o despertar de conhecimento científico necessário (e exigido) para o alcançar da ciência de Enfermagem.

Há que desenvolver conhecimentos e demonstrar claramente a singularidade da nossa contribuição para a saúde e bem-estar dos indivíduos, de forma a continuar a afirmação como profissão... ou corremos o risco de que outras profissões nos substituam nos cuidados que prestamos! Os enfermeiros têm de demonstrar, pela sua pratica, a importância e a qualidade de serviço que são capazes de oferecer á população.

A Enfermagem realiza-se no acto de CUIDAR, sendo este concretizado numa relação de ajuda, saber / sabedoria, com cada ser humano, no sentido da promoção da saúde, prevenção, profilaxia e diagnóstico precoce. Neste sentido, o objectivo dos cuidados de enfermagem é o HOMEM, no seu todo familiar, psicológico, social e não só nos seus aspectos meramente biológicos. *"Cuidar é mais do que um acto; é uma atitude. (...) Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afectivo com o outro"* (Boff, 2000, p.33). Cuidar é assim proporcionar formas de viver. *"É ajudar a viver"* como afirma Florence Nightingale, pioneira da formação em Enfermagem. Isto exige *criar no quotidiano,* com os condicionalismos do

tempo e espaço, tentando recriar e estimular forças para viver, compensar perdas, atenuar o desgaste e alegrar o "*acaso da vida*" no aproximar da morte.

Para compreender a natureza dos cuidados de Enfermagem, temos que os situar no único contexto que lhes dá todo o seu sentido, a sua real significação: o contexto de vida, ou mais exactamente, o contexto do processo de vida e morte, a que o homem e os grupos humanos são confrontados em cada dia no desenvolver da sua existência.

Seguindo o pensamento de Marie-Françoise Collière na identificação dos cuidados de enfermagem, "*toda a situação de cuidados é uma situação antropológica, isto é, diz respeito ao homem inserido no seu meio, composto por todas as espécies de laços simbólicos*" (...) *o processo de cuidados de enfermagem é uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação* (...) *o processo de cuidados de enfermagem cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando informações provenientes da situação, descodificando-se com a ajuda dos conhecimentos para compreender o seu significado e como as utilizar na acção de cuidar*" (1989, p. 143). Este processo e "*forma de cuidar, enraizado em bases antropológicas, etnográficas, psicorelacionais e outras, dá sentido aos cuidados e enfermagem como uma acção de diálogo, libertadora, sinergética e construtura*", no sentido de Saúde concebida como **"Saúde total"** ou o "*processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os factores que compõem a vida humana. Todos esses factores estão ao serviço da pessoa para que tenha a força de ser pessoa, autónoma, livre, aberta e criativa, face ás várias injunções que vier a enfrentar*" (Boff, 2000, p. 144).

A partir dos finais do século XIX, com Florence Nightingale – pioneira da formação em enfermagem – inicia-se um processo evolutivo no desenvolver desta profissão: reconhecimento de uma nova ciência, com corpo de conhecimentos próprios, diferente da ciência médica e de outras disciplinas e profissões. A experiência acumulada ao longo dos anos, baseada em regras, princípios e tradições, (apreendidas por repetição) foi dando origem a profundas e acesas discussões que ajudaram a valorizar e distinguir a profissão, identificando-lhe o seu valor intrínseco à luz dos novos desenvolvimentos científicos.

Surgiram, a partir da década de 60, vários modelos e teorias que impulsionaram o evoluir da enfermagem como profissão e disciplina cientifica – a par do ressurgir de

outras novas profissões – que, com a construção de conhecimento e autonomia de saberes, foi procurando adequar-se às necessidades de uma sociedade em mudança. O evoluir da ciência e tecnologia, as tendências sanitárias, as formas culturais e sociais que emergem da comunidade exigiram novas posturas aos profissionais de enfermagem e colocaram novos desafios ao "saber enfermagem" orientado para a compreensão das necessidades das pessoas e dos grupos.

A Enfermagem é uma ciência humana que se ocupa do **cuidar,** com vista à obtenção da saúde total da pessoa, em íntimo trabalho interdisciplinar com o médico e outros membros da equipa. Isto significa que a enfermagem é um dos sectores sócio-profissionais da Saúde em que se têm verificado profundas transformações ao nível do saber, da técnica, da lógica dos processos de trabalho e, ainda, da configuração identitária. Alterações que se operaram ao nível técnico-científico e profissional. É uma ciência com paradigma autónomo, numa profissão que deverá merecer fundamento universitário.

O papel do enfermeiro assume, hoje, um significativo valor para a comunidade científica da Saúde e para a qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem. *" A evolução que a enfermagem registou entre nós, no decurso destes últimos anos, quer a nível do sistema de formação, quer no que diz respeito á complexificação e dignificação do seu exercício profissional, sendo reconhecido como significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, bem assim, no que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde".* Assim se lê no D.R. n.º 161/98, de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Daqui se depreende que o papel do enfermeiro na sociedade tem vindo a sofrer alterações muito significativas, sendo necessário analisar o grau de exigência do seu mister profissional e perspectivar responsabilidades do presente e do futuro.

Relembramos aqui alguns teóricos da enfermagem, já atrás referenciados, que foram criando várias escolas de pensamento na definição de modelos e teorias, que proporcionaram outras tantas perspectivas para o desenvolvimento do exercício profissional e deram um novo sentido à Enfermagem. Permitiram pois, a orientação para as funções especificas, autónomas e interdependentes de um colectivo profissional no seio da equipe de saúde. "...a proliferação de teorias e modelos de enfermagem são bem um sintoma de uma fase pré-paradigmática em que se evidencia a vontade de criar

escolas de pensamento no âmbito da disciplina. Esse esforço tem sido importante, quer para a afirmação da enfermagem enquanto profissão com um corpo de conhecimentos, quer para a implementação de linhas de pesquisa sobre o domínio específico da enfermagem" (Ribeiro, 1995, p. 29).

Virgínia Henderson, já em 1955, definia enfermagem como a função de ajudar o indivíduo, são ou doente, a realizar as actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou morrer em paz) e que o indivíduo realizaria por si mesmo, se tivesse força, desejo ou conhecimentos necessários.

Calista Rogers, nos anos 60, concebe a enfermagem como arte e ciência, constituída numa base de conhecimentos surgida da investigação científica e de análise lógica alicerçada pela prática. Será ciência, porque permite a medida do cuidado – a ajuda necessária, oportuna e eficaz – e será arte, na forma criativa e sábia de tornar o cuidado eficiente.

Para Orem, 1971, a enfermagem é um serviço humano, cujo aspecto especial é atender a necessidade de cada pessoa de realizar actividades de auto-cuidado de forma contínua, para manter a saúde ou recuperar da doença ou de lesões. Nesta mesma linha de pensamento se situa Fagin, quando afirma que a enfermagem consiste em fomentar e manter a saúde, prevenir a doença, cuidar de pessoas em fase aguda de doença, reabilitar ou restituir a saúde quando perdida. Afinal, a necessidade de prestar a ajuda que o paciente (indivíduo) possa precisar para cobrir as suas necessidades, isto é, para garantir, na medida do possível, o seu bem-estar físico e mental. O cidadão hoje, apresenta maiores exigências em cuidados de enfermagem, relacionando-se estas, com atitudes e comportamentos sociais que hoje proliferam, e os quais devem merecer respostas mais globais, complexas e profundas. A enfermagem centra-se assim, na saúde e bem-estar da pessoa, dos grupos e comunidades, procurando alcançar um potencial máximo, ao longo de todo o ciclo vital. Tem como finalidade ajudar os indivíduos e os grupos a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Cuidados que restituam ao homem a sua vida e a sua morte, desde o nascimento sem violência... até à morte escolhida..., cuidados mobilizadores de forças de vida... tanto dos que os recebem, como dos que os prestam... (Collière, 1989).

A formulação de teorias de enfermagem motivou o aparecimento de organizações profissionais, no intuito de desenvolver um corpo de conhecimentos próprio e

independente de outras disciplinas. Um desses exemplos é a American Nursing Association (ANA) que definiu a enfermagem como o diagnóstico e tratamento às respostas humanas e aos problemas de saúde reais e potenciais. O profissional de enfermagem centra-se, assim, em dois tipos de respostas: por um lado, e prioritariamente, as reacções dos indivíduos e grupos, com problemas de saúde reais; por outro lado, a grande preocupação das pessoas pelos problemas (riscos) potenciais de saúde. Em suma, concentra-se nos problemas de resposta humana, perante os estímulos psicológicos, sociais e físicos.

Todos ou quase todos os sectores da actividade humana requerem o concurso de conhecimentos científicos e tecnológicos para o seu desenvolvimento ou aperfeiçoamento, da agricultura ao ensino, das pescas às telecomunicações ou da indústria à saúde. E muitos têm sido os contributos de outras ciências para a análise da actuação dos enfermeiros. O desenvolvimento de uma ciência pressupõe o desenvolvimento da cultura e das ciências, que pertencem à mesma época histórica. Esta é uma consequência que podemos tirar do conceito de episteme, em Foulcaut.

O enriquecimento dos saberes de psicologia, sociologia, a ampla difusão sobre as pesquisas de Maslow e a sua teoria das necessidades humanas básicas; estudos sobre os processos adaptativos do ser humano ao meio circundante; os avanços da cibernética e a decorrente explicitação sobre a aplicação da teoria sistémica, permitem uma visão mais ampla do sentido do CUIDAR, centrado nos problemas de resposta humana face a estímulos físicos, psicológicos, sociais e políticos. Contempla, assim, os aspectos psicossomáticos e psicossociais da vida que afectam a saúde, a doença e a morte. Cuidar em enfermagem implica uma responsabilidade social envolvente e humanizada que permita equacionar as necessidades de saúde e perspectivar intervenções de manutenção, de relação e de reparação da vida, com o indivíduo, a família e a comunidade.

A enfermagem é também, uma profissão SOCIAL, interagindo com o indivíduo ou grupo e com o próprio meio; é uma profissão de AJUDA, na manutenção da saúde dos indivíduos, na procura de equilíbrio ou auxiliando nas perturbações de homeostasia; é uma profissão é uma profissão de EXIGÊNCIA na competência técnica e relacional, valorizada pela ciência e arte, para dar resposta condigna ao atendimento de qualidade que o cidadão exige.

No documento emanado pela OMS – Saúde 21 – como preparativo para a 2ª conferência Ministerial de Enfermagem que decorreu em Munique pode ler-se: *"Os cinco milhões de enfermeiros europeus, que se encontram em actividade, têm um papel preponderante na procura e na melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade: para além de formarem o maior grupo de profissionais de saúde, são frequentemente o primeiro contacto dos doentes com o sistema de saúde e/ou os primeiros prestadores de cuidados. A enfermagem é o grupo profissional mais vocacionado para os cuidados continuados, para os grupos de risco e/ou mais vulneráveis"* (OMS, 2000, p. 5). Esta responsabilidade atribuída aos enfermeiros, impõe-lhes uma dinâmica e amplitude de acção, de grande exigência e saber, envolvendo várias funções, das quais destacamos:

- **Função assistencial**, encaminhada para proporcionar cuidados de qualidade a pessoas sãs ou doentes.
- **Função docente**, dirigida à adequação de conhecimentos, à procura constante de novos saberes de enfermagem (e de outras ciências) a fim de manter o profissional perfeitamente capacitado para a adaptação e ajuste a novas exigências no campo da saúde. Esta função é encarada em três vertentes: do profissional, para conseguir um nível científico e técnico de acordo com as frequentes mudanças decorrentes de pedidos e "exigências" sociais; para outros elementos da equipa de saúde, no sentido de um enriquecimento mútuo e de um trabalho coeso de equipa multidisciplinar; para o indivíduo (e família), utente dos cuidados de saúde, para o capacitar em actividades que promovam, desenvolvam ou estabeleçam a saúde. Será a forma de incentivar a comunidade a atingir níveis de desenvolvimento que proporcionem melhores padrões de bem-estar.
- **Função investigadora**, identificando e desenvolvendo áreas de investigação ou colaborando em projectos multidisciplinares relacionados com a saúde. Desta forma se contribui para o enriquecimento e aperfeiçoamento profissional, procurando melhores soluções para um verdadeiro projecto de saúde.
- **Função administrativa**, com a aplicação de conhecimentos e princípios apreendidos da ciência de Administração, que permitem ao profissional de enfermagem, a análise adequada dos recursos que utiliza, bem como a visão participativa e crítica que poderá manter dentro do sistema.

- **Função educadora,** trabalhando a educação para a saúde em parceria com os utentes, no que se refere à *"...singularidade do indivíduo e à sua liberdade de escolher seus próprios caminhos"* (Gonçalves, 2005, p. 278), tornando as pessoas co-participantes do processo evolutivo da educação em saúde, com vista à melhoria da qualidade de vida.

Pelo que acima se deixa escrito, uma nova linguagem e novos conteúdos começaram a surgir, no sector da enfermagem, revelando a existência de um **corte epistemológico**. Torna-se, assim, evidente que a enfermagem começa a adquirir o conteúdo e a forma de uma ciência nova, e, acentuamos ainda, que a ciência de enfermagem é uma ciência do homem e poderá definir-se como **a ciência da compreensão e da explicação dos actos cuidativos,** onde adquirem grande importância os problemas familiares e sociais. Há problemas metacientíficos que estão presentes na genealogia do **acto cuidativo de enfermagem** e passam por vezes despercebidos no acto médico. A legitimação do acto cuidativo é, historicamente, a solidariedade, porque a categoria essencial do **cuidar** tem tanto a ver com a ciência como com a consciência. Não se nega a ética que subjaz ao acto médico, mas salienta-se a impossibilidade de isolar, nas ciências cuidativas (ou da enfermagem), a ciência da consciência. Nelas, entre ciência e consciência, há distinção, mas não separação.

No **acto cuidativo**, há mais um diálogo entre pessoas do que entre sábio – ignorante, como por vezes acontece no acto médico. Tratam-se doentes, não se tratam doenças, que o mesmo é dizer: a ciência não pode esconder a consciência que deve presidir à relação entre dois seres humanos. Não se afirma, aqui, que não há consciência no acto médico. São muitos os exemplos a sustentar o contrário. O que se pretende realçar é que há **um espaço de encontro com o doente** que é o enfermeiro a ocupar e a manter. O doente que o médico examina, de acordo com os imperativos da sua profissão, é a pessoa com quem o enfermeiro trabalha, procurando humanizar a sua relação, sem dispensar também a reflexão crítica. O enfermeiro procura harmonizar a sua profissão com um ser de afectos e de sentimentos. Manuel Silvério Marques, no seu livro **O – espelho declinado – natureza e legitimação do acto médico**, *" (...) Platão, no Fedro, realça a lição que Sócrates extrai do método hipocrático: a necessidade de, em todos os campos do conhecimento, se compreender, primeiro que tudo, com rigor, a função da parte no todo, pois só assim se pode decidir o que é mais adequado ao tratamento da parte"* (Marques, 1999, p. 181). Daí, a importância do acto de cuidar, típico da

enfermagem, parte de um todo em relação com o processo múltiplo e contínuo de saúde/doença. E que é evidente que uma ciência humana nasceu, no quadro geral das ciências, denominada **Enfermagem.**

1. 2 - ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E INTERACÇÃO COM A COMUNIDADE

> *" Já não é formar enfermeiros para aplicar um corpo de conhecimentos técnicos ou outros em presença de sinais, de normas, mas prepará-los para descobrir, reconhecer situações e procurar com as pessoas, o que para elas pode ter sentido"*
>
> Marie-Françoise Collière (1989, p. 171)

Viveu-se no passado, uma formação muito centralizada, de moldes extremamente escolarizados, reproduzindo as inconsequências e fragilidades de todo um sistema educativo. A formação da enfermagem não foi disto excepção, ainda que, em algumas escolas se fossem introduzindo inovações, *"...não se limitando a executar mas a (re) interpretar e (re) conceber ou, pura e simplesmente tomando elas próprias decisões mais adaptadas aos contextos da sua intervenção, necessariamente multiformes e complexas"*. (Correia, 1989, p. 66). O modelo pedagógico dominante era efectivamente o reprodutor, transmissivo e normativo; o saber e o poder centrados no professor; nos métodos pedagógicos do tipo expositivo e interrogativo, raramente se utilizavam métodos activos; o ensino centrava-se no treino de técnicas e desenvolvimento de destrezas e competências previamente definidas; uma formação conformista, essencialmente orientada por práticas repetitivas apoiadas nos modelos de cuidados mais ou menos tecnicistas e mais tarde o modelo biomédico em que se baseavam os cuidados de enfermagem. Era uma formação orientada pela lógica de dar resposta às necessidades do sistema de saúde e nem sempre bem equacionadas. As características e/ou necessidades dos formandos raramente eram consideradas. *"As técnicas de enfermagem são executadas perdendo significado e sentido. Porque são feitas num corpo descontextualizado, num corpo sem vida relacional, sem passado nem projecto, um corpo objecto ou não-sujeito"* (Subtil, 1995, p. 67). Esqueceu-se o princípio da formação de cidadãos livres, reflexivos e criativos.

Durante a formação superior, não basta aprender os conhecimentos, deve-se, também, aprender o processo de obtenção de novos conhecimentos, capacitando o aluno a

assimilar e manejar com êxito e criatividade as mudanças que ocorrem no campo profissional. A preocupação dos institutos ou universidades na formação de enfermeiros tem de se comprometer com o pensamento, com a reflexão, não se limitando à leccionação e reprodução de um conhecimento fragmentado e parcelado. Caminhar no sentido de tornar o aluno sujeito da sua própria educação. *"A pesquisa é a atitude quotidiana do aprender a aprender, do saber pensar para melhor agir"* (Cassiani, 2003, p. 16) – prática esta que ajudará à superação do fazer tradicional, quase sempre assente num tradicionalismo incapaz de se superar.

O conhecimento, o pensamento, a teoria, por si sós, não transformam a realidade. Carecem de poder material para que se efectuem transformações na realidade objectiva. É a síntese teoria-prática, em permanente relação dialéctica da teoria e prática, que pode transformar, com racionalidade e objectividade.

Actualmente, esta dialéctica teoria-prática está presente nas teorias holísticas ou sistémicas, dado que todo o real é complexo. Como, afinal, complexo é o **cuidar** típico da enfermagem: *"Cuidar (...) acompanhar as grandes passagens da vida"* (Collière, 2003, p. 21), o que pressupõe estimular e desenvolver capacidades, manter, conservar o que ainda está vivo e superar o que está obsoleto. Exige, por fim, um questionamento do contexto sócio-político onde decorre o acto de cuidar, ou seja, saber criticamente *"situar o que torna os cuidados necessários"* (ibidem, p. 134).

A formação da enfermagem tem duas componentes fortes – teoria e prática – dando-lhe esta última um cariz muito próprio, que a distingue de outras: além da formação em sala, o aluno concretiza a sua formação em situações reais de trabalho, aprende prestando cuidados no hospital ou centro de saúde, ao lado do profissional. Esta vivência real, que lhe deverá permitir reflexão na acção que desenvolve, nem sempre se verifica. O aluno repete técnicas apreendidas na escola, percorre o ritmo do profissional (com a perspectiva da funcionalidade do serviço acima de tudo) onde as experiências funcionam sem sentido e sem reflexão. A prática aprende-se na prática, focalizando o conhecimento prático como situacional, orientado para a acção, exigindo um processo pensado de deliberação (o que faço? Porque faço? E com quem faço?) e de interpretação, essencial às acções de enfermagem. A experiência reflectida ajuda à interiorização e à responsabilização e, assim, ao desenvolvimento pessoal e de um *"profissional reflexivo"* (Schon, 1998). *"A prática, incluindo no termo a acção repetida, a acção regulada e a acção reflectida, é um sistema complexo de interacções*

em determinado contexto (terreno da acção), que influencia a acção, é influenciado por ela e pode torná-la significativa" (Costa, 2002, p. 72).

Os alunos de Enfermagem, adultos e jovens, fizeram um percurso de desenvolvimento e formação que é necessário não desperdiçar. Numa concepção freireana de educação participativa, passar-se-á de uma formação mecanicista para uma mais modelada e particularizada ao objecto e sujeito da formação, tendo em conta o passado do indivíduo, os contextos familiar e social, herança cultural, conhecimentos e saberes mais ou menos significativos que possuem os alunos de enfermagem. Trata-se de valorizar a sua história de vida, acreditando que:

> (...) *"pensar a formação transforma-se numa reflexão sobre o modo como os indivíduos se formam; sob a forma como os adultos se apropriam de um determinado tempo e espaço educativos e o integram no seu percurso de formação; sobre aquilo que é de facto significativo e formador na vida de cada um; sobre a maneira como as experiências e os saberes profissionais, sociais e culturais podem ser mobilizados no processo global de formação "* (Amiguinho, 1992, p.124).

Os projectos formativos actuais procuram reflectir e interagir com os contextos de trabalho, a realidade de saúde da comunidade e com as orientações estratégicas de uma nova política de saúde. Uma política governamental que reflecte e contribui para a actualidade do pensamento europeu em saúde e das orientações da OMS, Saúde para todos no Século XXI. Eis alguns desafios:

- Acesso efectivo a cuidados de saúde de qualidade;
- Investimento na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde;
- Redução das desigualdades na saúde;
- Reforma na organização e gestão do SNS. (Portugal, Ministério da Saúde, 1999).

A formação tem de preparar para a vida profissional, com responsabilidades acrescidas, que advêm da evolução social e das exigências sociais e da consciencialização que a própria sociedade tem dos seus direitos. Isto significa que, os planos de curso devem assentar em três pilares: **na análise da sociedade, no universo de conhecimento disponível e essencialmente no sujeito da aprendizagem, o aluno.** Entendemos, pois, que a formação está ao serviço dos indivíduos e das instituições de saúde visando um ajustamento recíproco. Só assim se poderá atender aos desígnios de uma formação superior, de educação para a cidadania e de preparação sólida para a vida, nas suas

múltiplas exigências e não só as de treino para o emprego. Acreditamos que, formar na área da saúde, "*... é construir dinâmicas interactivas de espaços, de tempo e de modos de relação entre instituições: Hospitais, Escolas, Centros de Saúde, Universidades, Autarquias...com o objectivo de responder a problemáticas da comunidade, para com ela e junto do poder político, advogar um sistema de saúde mais justo e equitativo, capaz de responder às necessidades de saúde da população*" (Costa, 1996, p. 15).

Num trabalho de investigação, na área da formação de enfermeiros, uma das conclusões vem reafirmar a formação como *"...processo actuante na problemática da saúde e no contexto de trabalho, na medida em que se produz como processo de desenvolvimento da autonomia e espaço para a criação de uma nova profissionalidade"* (Santos, 1993, p. 164). Afirma, ainda, a autora que *"A identidade dos cuidados de enfermagem..."*, e a visibilidade da própria profissão, *"...apresenta-se imbuída de ambiguidades" (...) "aproximando-se a sua pratica, ora de modelos biomédicos, ora do desejo de construção dos cuidados em torno do modelo salutogénico e desenvolvimento da saúde"* (ibidem, p. 162). Se por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva. A formação deverá ter, desta forma, uma perspectiva sistémica em que o passado, presente e futuro das pessoas constituem um processo contínuo de relações e interdependência, tendo em conta as dimensões biológica e cultural. A prática educacional tem sido demasiado permeada pelos seguintes aspectos: compartimentação do conhecimento, através da fragmentação das disciplinas académicas; geração de comportamentos pré-estabelecidos, que ensinam a não exprimir pensamentos próprios, levando à passividade e à reprodução; metodologia obsoleta, onde a educação é vista como transmissão e assimilação de ideias prontas e acabadas.

Neste sentido importa considerar os seus eixos estruturantes, embora conscientes da fragilidade da sua definição *"a priori"* e com uma postura contemplativa que não se deseja:

- A interacção com a comunidade numa mudança de proximidade e centralidade do cidadão;
- O ajustamento à evolução demográfica e problemas de saúde mais prementes;

- A análise das políticas de saúde e das prioridades;
- A leitura crítica dos contextos de trabalho;
- O desenvolvimento ético organizacional e da profissão;
- A qualidade dos cuidados.

Os contributos inapagáveis do desenvolvimento tecnológico e científico dos últimos tempos no campo da Biomedicina ou da Bioética constituem alavancas para o evoluir do conhecimento que não pode ser ignorado na formação em enfermagem. Do surgimento da bioética podemos retirar três razões: " *...a introdução e os avanços da biomedicina, com a consequente redefinição de padrões axiológicos consagrados à vida, à morte, etc; o forte interesse pela bioética, vista como um desafio intelectual e moral, que se propunha debater, não só os dilemas morais, mas também os princípios éticos que estão na sua base; e, por fim, o diálogo pluridisciplinar para pensar eticamente e de forma abrangente os problemas em análise"* (Jerónimo, 2002, p. 138). O mesmo autor menciona igualmente quatro factores históricos assinalados por um outro vulto da bioética, H. Tristam Ergelhardt: a rápida evolução tecnológica que abalou os pressupostos valorativos; o aumento dos custos, associados aos cuidados de saúde, que colocou a questão da distribuição de recursos; a constatação da pluralidade de fundamentos morais existentes na prestação de cuidados de saúde; e a expansão do reconhecimento público de direitos de autodeterminação.

Para potenciar a qualidade da formação dos enfermeiros há necessidade de analisar, também, os contextos de trabalho – locais de estágio – locais de formação que se configuram com uma dupla potencialidade: a de relação com utentes e comunidade e a de desenvolvimento de experiências formativas *"...inscritas numa prática profissional que não é escolar e uma relação que não é pedagógica no sentido restrito do termo"* (Nóvoa, 1988, p. 114).

Como se sabe, a formação de enfermeiros é gerida em três espaços dominantes: a escola, os locais de estágio e a comunidade. Mas, é na relação com os serviços de saúde – hospital e centro de saúde – que se permite a aproximação aos contextos de trabalho. Emerge daqui a necessidade dos serviços de saúde permitirem uma aprendizagem que não seja de repetição ou reprodução, mas, de compreensão das situações singulares, abrindo-se para possíveis horizontes de generalização, alicerçados em critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Embora no plano de estudos da formação inicial (Curso de Licenciatura em Enfermagem) existam unidades curriculares – teóricas e ensinos clínicos – com enfoque para os cuidados gerais à pessoa, ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção, tem-se vindo a confirmar que é na vivencia experiencial que emergem novas necessidades de formação. Os saberes adquiridos através das práticas quotidianas vividas com os utentes, com a comunidade e equipas de saúde *"...suscitam necessidades de formação e um percurso de pesquisa no sentido da construção de um saber em enfermagem"* (Martin, 1991, p. 180). Nesta perspectiva, o trabalho (actuação em campo de prática) torna-se utensílio da formação na medida em que o próprio acto de cuidar se transforma explicitamente num momento de reflexão e pesquisa, É a articulação entre o *"...mundo do saber e o mundo do fazer..."* (Malglaive, 1991, p. 166) ou reciprocidade de acção: o contexto de trabalho como estruturante de formação e esta como interventora nesse mesmo contexto. Neste sentido,

> *"...as acções que se desenvolvem em cuidados de enfermagem geriátricos são o resultado de um processo de construção, desenvolvido pelos participantes (actores de cuidados) no acto de cuidar e durante o qual deliberam e reflectem sobre o seu fundamento, consequências, princípios éticos e legitimidade. O cuidado de enfermagem geriátrico pode, assim, ser considerado objecto de produção e não só objecto de actuação"* (Costa, 2002, p. 300).

A grande dificuldade parece ser a superação da conflitualidade, entre os modelos de práticas de cuidados vigentes – modelo taylorizado – para o **modelo de cuidado global**, atravessado pela revalorização da relação e do desenvolvimento em saúde. O equívoco que, ainda, hoje se mantém entre o *cuidar* e o *tratar,* acrescido da influência de modelos de identificação social como o do médico, do psicólogo e outros, tem agravado a crise de identidade dos enfermeiros e prejudicado o evoluir da formação e da profissão de Enfermagem. Acreditamos, porém, que o reconhecimento e identidade profissional *"...passa necessariamente pela identificação de cuidados de Enfermagem, principal justificativa da prática"* (Collière, 1989, p. 188).

Podemos, também, acrescentar que o paradigma médico tradicional entrou em crise. O *"paternalismo médico"* que estabelecia uma relação vertical e hierárquica médico-doente está desacreditado e, daí uma visão nova onde o paciente passou a elemento essencial, no diagnóstico e terapêutica. Afinal, a prestação de cuidados de saúde

complexificou-se, localizando-se na intersecção de saberes vários, onde surge a Ciência da Enfermagem. Vivemos um tempo de mudanças paradigmáticas. A própria aceleração do conhecimento científico suscita e supõe uma razão em movimento.

Na **Philosophie du non**, Gaston Bachelard (1940) é explícito: " *a razão deve obedecer à ciência*" (1940, p. 28). Portanto, já há mais de 60 anos se defendia um diálogo razão – experiência. Nenhuma teoria, adoptada pela comunidade científica, é **verdadeira,** mas é a que, no momento, mais se aproxima da **verdade**. Edgar Morin fala-nos da complexidade, para sublinhar que em todo o real (que é complexo) existe uma incerteza subjacente a tudo. Mais: quanto mais complexo é um ser, mais incerto ele é. Por isso, a epistemologia actual, ainda na esteira de Bachelard e Morin, diz-nos que em todo o sistema há ordem – desordem – organização. Citando palavras de Manuel Sérgio posso mesmo acrescentar: "*a desordem é o anúncio de uma nova ordem*". De facto, ordem e desordem giram em espiral, rumo a uma nova organização. Mas dentro da mesma totalidade em permanente devir. "*Antagonismo e complementaridade não se excluem um ao outro. Nada é mais complementar, por exemplo, do que as interacções que constituem a cadeia trófica, a qual nutre e reorganiza a vida de um ecossistema; mas esta é, ao mesmo tempo, uma cadeia fágica onde o predador come a presa, que come outra presa, que come a planta, que se alimentadas decomposições de todas as mortes acumuladas e conjugadas*" (Morin, 1983, p. 26). Tudo isto para dizer que no sistema *"saúde"* todos os elementos se relacionam dialecticamente. E é preciso (des) construir o passado para poder inovar.

Cremos, mesmo, que "...*para mudar, é mister desfazer alguma coisa e, na medida da radicalidade, desfazer tendencialmente tudo*" (Wigley, 1996, p. 152). Uma das mensagens do novo conhecimento científico é a perspectiva de que as novas certezas correspondem a novas dúvidas. Normalmente, as instituições aparecem muitas vezes como guardiãs do conhecimento ultrapassado, embora não se veja como na universidade se possa esquecer o compromisso com a criatividade típica do conhecimento. Não há, por isso, **teorias oficiais**, nas ciências, dado que o processo natural do que foi aceite pela comunidade científica é submeter-se a uma constante reconstrução crítica. "*A vida académica correcta é aquela marcada pela produção própria e colectiva, sistemática e inovadora, dentro de um contexto pluralista interdisciplinar*" (Demo, 1997, p. 38).

O nascimento da Ciência da Enfermagem supõe necessariamente a interdisciplinaridade com os demais saberes, onde a ciência médica desempenha papel preponderante.

Nenhuma ciência é um conhecimento acabado, completo, definitivo. Seria oportuno relembrar aqui o nome de Ilya Prigogine que tenta inaugurar uma **nova racionalidade**, pois "*desde que a instabilidade é incorporada, a significação das leis da natureza ganha um novo sentido. Doravante, elas exprimem possibilidades*" (1996, p. 12). Por isso, **a nova racionalidade** já não identifica ciência com única e absoluta certeza. No dizer deste autor, "*as leis da física, na sua formulação tradicional, descrevem um mundo idealizado, um mundo estável e não um mundo instável, evolutivo, em que vivemos*" (ibidem, p.14). E chega ao ponto de afirmar: " *o possível é mais rico do que o real*" (ibidem, p. 29). Gleick, em livro que mereceu aplauso generalizado, escreveu: "*Onde começa o* ***caos****, a ciência clássica pára. Desde que o mundo teve físicos que investigavam as leis da natureza, sofreu também de um desconhecimento especial sobre a desordem na atmosfera, sobre o mar turbulento, as variações das populações animais, as oscilações do coração e do cérebro. O lado irregular da natureza, o lado descontínuo e incerto têm sido enigmas para a ciência, ou pior: monstruosidades*" (1996, p. 3).

Como se vê, a fantasia laplaciana da previsibilidade determinista encontra-se ultrapassada na ciência actual. Por outro lado, quanto mais um sistema é imprevisível, mais se torna gerador de um fluxo ininterrupto de informações. Importa, ainda, sublinhar que a época do conhecimento unicamente contemplativo, idealista e a-histórico, foi definitivamente posto de lado. É preciso que o conhecimento científico se sinta ao serviço do bem comum. De facto, se não se muda a sociedade com o recurso único ao conhecimento científico, também este há-de dialogar com a sociedade, mesmo com o senso comum, para que a solidariedade social dela ressalte também. A ciência de enfermagem, que é uma ciência nova indubitavelmente, sente a necessidade de, questionando-se, questionar, com base na contradição performativa de Ajel, o qual acentua que "*...é incoerente questionar para não ser questionado, criticar para não ser criticado, refutar para não dialogar*" (1994, p. 16).

A enfermeira e o enfermeiro que acompanham, em permanência, o sofrimento humano estão cientes de que o diálogo com os doentes e com a sociedade em geral constituem o radical fundante da sua cientificidade. Habermas (1979, p. 61) preconiza o **paradigma da comunicação**, para referir que **a verdade** é um fenómeno histórico, com revisões e assíduo diálogo. O positivismo reproduzia a falsidade ideológica de que, no conhecimento científico, há total isenção, há lógica apenas sem qualquer

"contaminação" social ou histórica. Da leitura de Habermas retiramos as seguintes ilações:

- um conhecimento é válido, desde que seja **lógico** e será tanto mais discutível quanto mais lógico for;
- nele existe uma **democracia da comunicação** e por isso pluralista, aberta, dialogante; e daí
- não poder ser válido o conhecimento imposto.

O conhecimento carece, em todas as circunstâncias de qualidade **formal, política** e **social.** A Ciência da Enfermagem, sem diálogo com a sociedade, sofre de pretensiosismo e de narcisismo lógico. E não só a ciência da enfermagem: todas as outras ciências que corporativamente rejeitam o diálogo, ou seja, um ambiente dialogante e questionador são um autêntico aborto. A inovação científica tem de ser também uma inovação histórica. O nascimento da Ciência da Enfermagem tem de significar, por isso, que a enfermeira e o enfermeiro passaram a ter lugar indispensável, no imaginário social, não só como profissionais, mas também como agentes de um conhecimento válido. Um conhecimento transcendental, inamovível, é pura abstracção No âmago da sociologia do conhecimento científico – aquilo a que se chama efectivamente **programa forte** – encontram-se algumas prescrições metodológicas definidas por Bloor e das quais citamos:

> (....) "*a simetria, ao determinar que as assunções verdadeiras ou falsas, científicas ou não científicas, racionais ou irracionais, podem ter a mesma estrutura causal, sublinha a consideração dos processos sociais, na interpretação dos fenómenos científicos. Esta prescrição metodológica permite reconhecer como válidas todas as formas de conhecimento (desde a magia à genética), acautelando o exame das circunstâncias que as influenciam e a suspensão de juízos de valor sobre a sua veracidade. Neste seguimento, o princípio da imparcialidade exige que todas as crenças sejam analisadas em pé de igualdade sociológica*" (Habermas, 1979, p. 61).

Suspendemos aqui esta citação, pois se pretende, tão só, referir que a Ciência da Enfermagem há-de evoluir mais pela via do confronto entre paradigmas e perspectivas do que pelos auditórios atentos, veneradores e obrigados. E daí a interdisciplinaridade e o diálogo social.

É da sabedoria popular que " *quando a doença é de morte, o remédio é morrer*". No entanto, hoje, o médico surge, como um cientista. As cirurgias cerebrais e cardíacas, as

transplantações de órgãos, a par das tecnologias laboratoriais, que permitem a criação de seres humanos embrionários, fora do corpo da mulher e depois nela introduzidos para se desenvolverem com manipulação genética das células somáticas e ainda reprodução humana por clonagem e os meios revolucionários da obtenção de imagens dos nossos órgãos e tecidos – tudo isto confere à medicina um estatuto científico inapagável. Não faz, por isso, sentido que o **acto médico** se processe cada vez mais com eficácia e rigor e o **acto cuidativo**, próprio da enfermagem, não evolua do ponto de vista científico.

A **Ciência da Enfermagem** já construiu (ou melhor, vem construindo) activamente o seu próprio objecto científico, que é o **acto de cuidar** ou **acto cuidativo**. Podemos mesmo definir a **Ciência da Enfermagem** como a **ciência da compreensão e da explicação do acto de cuidar**, a qual se diferencia da **Ciência Médica**, pelos fins ou objectivos, pelos problemas a investigar, pelas variáveis relevantes e pelos métodos e técnicas de pesquisa empírica e de interpretação teórica. "*Aquilo que vê normalmente o médico é literalmente uma abstracção; não uma abstracção como se não se tratasse de uma realidade corporal, mas sim no sentido em que o corpo- objectivo só existe enquanto integrado na vida expressiva de um corpo vivo*" (Renaud, 1994, p. 326). Ora, o médico, porque não **cuida,** vê o corpo físico-químico ou o corpo orgânico, mas não tem tempo, por exigências da sua própria profissão, de estudar o corpo – sujeito. Ora, "*...o **direito à saúde** não pertence somente ao corpo – objecto, mas ao corpo enquanto torna possível um corpo – vivo, uma expressão, um estilo, numa palavra, a unidade dum comportamento humano*" (Morris, 2000, p. 95).

Hoje, "*...a doença pós-moderna é biocultural, no sentido específico de que agora reconhecemos como é que a biologia humana se ocupa num comércio contínuo com as forças da cultura humana*" (ibidem, p.95). São muitas as dimensões que atravessam o ser humano. Depois, a temporalidade da vivência humana impede uma visão científica definitiva. O **acto cuidativo** tem não só em conta o corpo orgânico, mas também o corpo expressivo e o corpo afectivo. Assim, o **acto médico** e o **acto cuidativo** interrelacionam-se e mutuamente se completam. Daí, a necessidade da interdisciplinaridade entre um e outro. Manuel Sérgio, define interdisciplinaridade "*...como exercício da cooperação entre especialistas, provenientes de diferentes domínios do saber, portadores da respectiva bagagem teórica, metodológica e experimental, visando a investigação de um novo objecto de estudo ou o*

aprofundamento mais completo de temas e assuntos já estudados." E continua a sua reflexão: "*...a interdisciplinaridade é a fase adulta da disciplinaridade"* (1999, p. 60).

Não podemos alhear-nos de uma postura sócio-pedagógica que nos permita realçar uma intencionalidade formativa apostada na mudança. Daí a orientação dos curricula, estruturados nas necessidades de saúde da população, reinserindo a aprendizagem dos cuidados de enfermagem no modo de vida das pessoas, modelados pela cultura e sistemas de valores próprios da comunidade onde se inscrevem. É à luz dos condicionalismos sociais que temos de encarar a formação, encontrando novas formas de estar, dando resposta aos desafios actuais e procurando preencher espaços, que estão por explorar no desenvolvimento social.

Sendo a saúde um processo individual e um *projecto em construção,* a formação de enfermeiros constitui um elemento chave para a prestação de cuidados adequados à população, no sentido da SAÚDE preconizado pela Organização Mundial de Saúde e, entendendo a ENFERMAGEM como **ciência que estuda as respostas humanas às situações.**

1.3 - A INTERDISCIPLINARIDADE NA CIÊNCIA DA ENFERMAGEM

> *"Todo o desenvolvimento verdadeiramente humano significa desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertença à espécie humana".*
>
> Morin, 2002, p. 59

No horizonte de um projecto de fundamentação da ciência de enfermagem mais não temos sabido que forçar-nos a rever conceitos e a semear novas dúvidas. Tal como afirma Edgar Morin *"...em qualquer ciência, em qualquer conhecimento, é preciso tentar reflectir sobre os pressupostos do saber que se tem..."* (2000, p. 384) e acreditamos que, as disciplinas não progridem apenas por contactos exteriores aos campos tradicionais, mas também precisam, permanentemente, de reflexão crítica e de aprofundamento interior.

As transformações pós-modernas constituíram (e constituem), extraordinários desafios e oportunidades para a reflexão do sistema de cuidados de saúde e também

para a disciplina científica da enfermagem. Se se pretende uma actuação à medida das exigências, da evolução social e do conhecimento do nosso tempo, importante se torna assumir outros saberes, designadamente das *"ciências antropossociais"*, como Edgar Morin chama às ciências humanas, nas quais a ciência da enfermagem se integra.

Antes de avançarmos, importa procurar uma explicação (ou um conjunto de explicações) para uma mudança de paradigma que a cultura e todas as ciências tornaram inevitável. Talvez por ousadia, pretendemos contribuir para o aprofundar do saber e do agir do enfermeiro – o que somos, como pensamos, como agimos – não rejeitando nada da história e percurso da ciência do cuidar, " *ciência humana prática"* (Costa, 2002, p. 223) – tão velha quanto o homem – com a natural insatisfação e incerteza com a actual forma de olhar o mundo que nos rodeia. *"A ambição, a saudável ambição dos que, desde algum tempo se batem nesta cruzada de edificação de uma nova ciência é larga e ousada"* (Trovão do Rosário, 1999, p. 112), mas sem ainda ter esgotado as bases científicas para a definição de uma nova disciplina.

A enfermagem tem evoluído, quer ao nível do reconhecimento de saberes próprios, quer pela dignificação do exercício de cuidados. No entanto, mantém algumas (muitas) ambiguidades na clareza de papéis, dentro da comunidade científica de saúde, bem como na qualidade e eficácia das intervenções autónomas ou interdependentes dos enfermeiros, a sua visibilidade. Entendo que essas dúvidas serão dissipadas se os enfermeiros demonstrarem conhecimentos, ou seja, competência científica, competência técnica e competência sócio-relacional. Só assim poderão integrar o *"puzzle"* da área da saúde, ocupando a posição e o lugar fundamental e imprescindível, no plano assistencial, *"ao homem que surge ante nós, despojado de interpretações sectoriais"* (Trovão do Rosário, 1999, p. 115), necessitando da coesão entre saberes diferentes e da complementaridade de cada elemento da equipa de saúde. Como afirma Costa " *num serviço de saúde, a competência para agir é ainda uma capacidade colectiva"* (2002, p. 250), onde não cabem exclusividades nem protagonismos, mas em que a pluridisciplinaridade se ajusta num espaço comum, a coesão de saberes diferentes se canalizam e complementam, na resolução de problemas/necessidades reais do ser humano. Será um trabalho realizado com sinergia em que o resultado expressa claramente que o

todo é muito mais do que a soma das partes. *" A sinergia é a experiência de que as pessoas quando se juntam não somam, multiplicam"*, no dizer de Feitosa (1999, p. 95), e desse intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias disciplinas (ciências) resulta um maior enriquecimento de cada elemento do grupo, confrontação de ideias, cooperação e procura de novas soluções e novos saberes ou um conhecimento mais enriquecido. Nessa partilha *"...a interdisciplinaridade supõe abertura de pensamento, curiosidade em relação ao que se busca para lá de si mesmo"* (Gursdorf, 1990, p. 25).

A equipa de saúde, multidisciplinar nas suas relações de interdependência tem de passar do simples intercâmbio de ideias para uma cooperação e, até, para uma certa interpenetração das disciplinas que são próximas, nos seus campos de conhecimento e de actuação. Todas elas, ciências humanas, procurando, por isso, estudar o ser humano. Passar-se-ia da interdisciplinaridade a uma etapa superior de transdisciplinaridade: integração global das várias ciências, *" que não só atingiria as interacções ou reciprocidades entre investigações especializadas, mas também situaria estas relações no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre as disciplinas"* (Pombo, 1994, p. 22).

A prática de cuidados em colaboração interdisciplinar implica uma partilha dinâmica e flexível do estatuto de autoridade, correspondendo assim a *"uma visão horizontal, matricial e não piramidal do trabalho de equipa (...), podendo dizer-se que todo o trabalho dessa equipe se faz em responsabilidade partilhada"* (Paulo Mendo, 2000, p. 44), com profissionais que procuram desenvolver espírito reflexivo pró-activo. Assim, defendemos a ideia de que a interdisciplinaridade de conhecimentos e a interacção dos profissionais nos sectores de saúde, permitirá uma *"visão sistémica dos problemas de saúde, a integração das decisões, a continuidade dos cuidados e a racionalidade económica"* (Delgado, 2000, p. 42). Como afirma Manuel Sérgio *"quando se fala em labor inter e transdisciplinar, não esquecemos que qualquer saber (ou teórico ou prático) é, por si mesmo, incompleto e lacunar. É na integração de todos os saberes que melhor podemos sintetizar a unidade expressiva da pessoa humana"* (1999, p. 78).

As discussões em torno das formas de interacção entre disciplinas e categorias profissionais carecem, muitas vezes, de mais explicitação, sistematização e cuidado no uso desses conceitos. O termo disciplinar, está associado a um ramo particular do

conhecimento, enquanto que profissional refere-se a nível de práticas. Assim, os termos multiprofissional e interprofissional referenciam formas de interacções práticas entre profissionais (trabalhadores), com vista à resolução de problemas empíricos; multidisciplinar e interdisciplinar para designar formas de aproximação e interacção de conceitos, teorias e métodos para melhor se compreender de um dado fenómeno. Desta forma, os termos disciplinar e profissional estão ligados às questões científico-metodológicas e pragmáticas de resolução de muitos problemas do quotidiano. Prática e teoria interagem e influenciam-se. O mesmo será dizer, que o disciplinar e o profissional se conformam mutuamente.

A multidisciplinaridade caracteriza-se pela simples justa-posição e simultaneidade de diversas disciplinas no tratamento de determinada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais envolvidos estabeleçam relações no campo técnico ou científico. A pluridisciplinaridade diferencia-se da multidisciplinaridade por envolver graus de complementaridade entre campos disciplinares, sem coordenação das acções ou pretensão de criar uma axionomia comum, como se verifica em reuniões de peritos ou em discussões de casos. Por sua vez, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela mesma composição disciplinar (multi e pluri), mas compartilha linguagem, estruturas lógicas e simbólicas das disciplinas. Esta integração é possibilitada pela construção de uma temática comum às disciplinas envolvidas e voltadas para um dado objecto.

Segundo vários autores (D'Amour, 1997; Almeida Filho, 1997; Fazenda, 2001), assume-se a posição de que as concepções de colaboração multi, inter ou transdisciplinar presentes nos referenciais, sob os quais operam os membros de uma equipe, irão ser materializados em práticas de carácter mais ou menos muiti, inter, ou transprofissional. No entanto, para muitos, pode confundir-se interdisciplinaridade não como categoria de conhecimento, mas de acção.

O termo da interdisciplinaridade *"não evoca unicamente a pluralidade ou a justaposição ou adição de disciplinas, mas um espaço comum e a coesão de diferentes saberes. É como se cada segmento aceitasse fazer uma viagem fora do seu território para explorar um domínio no qual não se é único proprietário, mas co-proprietário de um dado território epistemológico"* (D'Amour, 1997, p. 20).

A interdisciplinaridade, inicialmente voltada para o rompimento de uma *"educação por migalhas"* procura, agora, o redimensionamento teórico das ciências e a reformulação de hábitos de pesquisa e de práticas ligadas a um dado campo de saber. Confronta-se com as várias relações que permitem aos profissionais colocar à disposição e partilhar os seus conhecimentos, a sua especialização, a sua experiência e as suas habilidades, que, no caso da saúde, permite melhor compreensão das dimensões envolvidas na atenção ao utente.

Se até agora procuramos défender interdisciplinaridade como riqueza e mais valia de saberes num contexto espaço – temporal de actuação intersectorial e pluridisciplinar (espaço de intervenção interdisciplinar), persistimos ainda no grande objectivo de encontrar a *"ciência própria"* ou a filosofia do ***"saber de enfermagem"*** que a distinga e justifique, perante as outras disciplinas e ciências da saúde. Será esse saber que se transforma em sabedoria, que lhe dá reconhecimento, que a distingue como especialidade e a aproxima das ciências da saúde, permitindo interacção dialógica entre elementos de várias especialidades para *"conseguir uma harmonia, construída a partir da pluralidade de vozes"* (Pombo, 1994, p. 50). Será este o objectivo da interdisciplinaridade e, talvez, o caminho de mudança e inovação, de um modo senão mais criativo, pelo menos diferente, do desenvolvimento de disciplinas isoladas. Será um diálogo interdisciplinar que ajuda a construir novos *"instrumentos cognitivos da criação e compreensão científica"* (ibidem, p.51) e que permitem outros modos de ver e encarar problemas ou novos modos de aprender. *"...o objecto de uma disciplina é construído por ela, a partir de dentro, considerar a enfermagem como ciência cruza-se necessariamente com o exercício das práticas...e com o desenvolvimento científico"* (Nunes, 2000, p. 38). E, se *"o conhecimento é uma construção permanente e inacabada"* (Feitosa, 1999, p. 24), não podemos cruzar os braços, frente ao progresso, às exigências da profissão, à compreensão do mundo que nos rodeia. É fundamental evoluir e crescer, no conhecimento da ciência de enfermagem. O princípio da interdisciplinaridade clama pela abertura do pensamento e pela curiosidade do que vai além da sua própria ilha.

É importante evoluir e crescer, no conhecimento da ciência de enfermagem. Esta disciplina (enfermagem) terá de ser animada pelo exercício da reflexão constante dos problemas da experiência prática quotidiana e do conhecimento humano proveniente de outros domínios do saber. Dado que todo o real é complexo, o

conhecimento científico de várias disciplinas são essenciais para a compreensão do objecto de estudo da ciência de enfermagem.

Enfermagem é cuidar. Cuidar do ser humano: cuidados de manutenção de vida; cuidados de reparação, incluindo os de fim de vida... porque há muito a fazer quando já nada se pode fazer! Cuidar com sentido, na senda de mais eficiência e mais humanidade. O ser humano ser complexo, é um sistema vivo dotado de potencialidades, que Capra designa por auto-renovação e auto-transcendência, influenciado por mecanismos de auto-organização cujo funcionamento lhe é intrínseco, mas também influenciado por relações dinâmicas com o meio ambiente. O primeiro, auto-renovação, preparado para renovar continuamente os seus componentes a fim de manter a estrutura e a integridade global; o segundo, auto-transcendência ou capacidade de se dirigir criativamente para além das fronteiras físicas e mentais, nos processos de aprendizagem, desenvolvimento e evolução. Entender a natureza humana é integrar e compreender as suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais, pois que no dizer de Capra *"a evolução humana progride através de uma interacção dos mundos interno e externo, dos indivíduos e das sociedades, da natureza e da cultura"* (2000, p. 292).

Não esquecer que, a partir da física quântica, o universo passou a ser concebido como um todo em constante movimento, no qual tudo se relaciona com tudo, em interdependência e complementaridade. As pessoas e as coisas definem-se pelas relações que estabelecem e não unicamente pelas suas qualidades intrínsecas, contrariando a concepção mecanicista do mundo, onde predominavam o determinismo, a ordem e a certeza. As verdades absolutas são substituídas por validades probabilísticas e relativas, tendo em conta também o observador (ou cientista) que interfere na observação ou seja, neste caso no resultado das ciências.

Conhecer a natureza humana é, por si só, um entendimento interdisciplinar. E é de forma interdisciplinar que é necessário agir no processo de saúde/doença. O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos, sendo hoje integrado, e aceite, na teoria sistémica, como *"experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interacções com o meio ambiente natural e social"* (ibidem, p. 316). Essa noção de equilíbrio dinâmico transporta um conceito útil de equilíbrio necessário, flexível, e em permanente devir, que permite ao organismo, no seu todo, a adaptação às

mudanças ambientais. Esta concepção sistémica de saúde baseia-se na concepção sistémica da vida, cujo equilíbrio natural pressupõe a tendência inata do organismo de se regenerar através de vários processos de homeostase: auto-manutenção, regeneração, auto-renovação e adaptação. Nesta concepção sistémica da saúde, a doença ou enfermidade surgem como fenómenos complexos e os processos para a cura terão de abraçar, por isso, outras abordagens, para além da biologia; um novo conceito de *"ciência da experiência e do comportamento humanos que percebe o organismo como um sistema dinâmico que envolve padrões fisiológicos e psicológicos interdependentes e está inserido nos mais amplos sistemas inter-agentes de dimensões físicas, sociais e culturais"* (ibidem, p. 351). Ser saudável significa, portanto, estar em sintonia consigo mesmo – física e mentalmente – com os outros e com o mundo que nos rodeia.

A doença surge como consequência do desequilíbrio e da desarmonia, como dificuldade (falta) de integração e adaptação, podendo apresentar manifestações de natureza física, psicológica e social. A assistência consistirá em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico do indivíduo, no seu todo, englobando a família e outros grupos sociais. Terá de envolver a pessoa nos cuidados da sua própria saúde, com responsabilidade assumida em liberdade, sem condicionalismos bloqueadores de comportamentos saudáveis.

Esta abordagem holística e sistémica do humano e, também, da saúde e da doença, integra uma base de conhecimento de várias áreas disciplinares, exigindo contributos importantes num saber de enfermagem que amplia e clarifica a sua actuação e sustenta o saber específico e autónomo do enfermeiro. Para isso, será necessário *"...trocar uma inteligência sólida por uma inteligência fluida..."* (Feitosa, 2000, p. 28) e deixar entrar e penetrar o saber dos outros, os contributos das outras disciplinas, sem as quais não existe interdisciplinaridade. Assistir ou cuidar da pessoa – objecto e sujeito dos cuidados – pressupõe o entendimento de que a saúde é um fenómeno multidimensional, que envolve aspectos psicológicos e sociais, todos interdependentes. Cuidar implica uma apurada sensibilidade para as múltiplas influências que afectam a saúde e a doença e uma atenção especial ao contexto de vida. Exige uma abordagem de terapia (assistência) multidimensional e de saberes multidisciplinares. Será este o entendimento do conceito holístico de saúde e de assistência ao ser humano.

1.4 – TEORIA E PRÁXIS: SUAS RELAÇÕES DIALÉTICAS

> *"Na minha opinião, todas as ciências serão vãs e estarão cheias de erros a menos que nasçam da experiência, mãe de toda a certeza".*
> Leonardo da Vinci" .
>
> (Barceló, 2004, p. 41)

Desde Florence Naghingale que a profissão de enfermagem se debate com paradigmas, concepções e princípios essenciais à compreensão e natureza dos cuidados e, também, com a necessidade de descobrir e redescobrir a riqueza de um pensamento (pensar/entender enfermagem) ainda não reconhecido.

A evolução do conhecimento e da tecnologia exigem, em todos os ramos, a procura e disponibilização dos mais variados recursos. No campo da saúde, aos enfermeiros são exigidas as mais diversas competências em todas as esferas de actividade, relacionadas com a saúde, ou em todos os campos e espaços da vida humana, cuidando, educando, aconselhando, ajudando, dirigindo ou investigando. O seu contributo é fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estes profissionais constituem uma força humana e profissional de primeiro plano, cuja actuação tem de pautar-se pelo evoluir da ciência, sem esquecer o impacto de fenómenos como o envelhecimento populacional, a pobreza e outras problemáticas actuais. Num universo marcado pela alta tecnologia, pela proliferação dos meios informáticos, pela diversidade de formas de comunicação/informação, o seu trabalho actual está marcado pela polivalência, flexibilidade e multidisciplinaridade. Pede-se-lhes desenvolvimento de espírito analítico e, simultaneamente, uma abrangência da globalidade; competência técnica e científica de alto nível mas irradiando calor humano e simplicidade no contacto. Deseja-se um profissional que *"...possa combinar as propriedades da excelência na técnica e a excelência no tacto"* (Kérouac et al. 1994, p.8). No mundo de hoje, o enfermeiro e a enfermeira têm de demonstrar indiscutível excelência no saber, no fazer e no ser.

A passagem do crescimento ao desenvolvimento de cada profissional exige cultura, em todas a suas dimensões, e ainda, o conhecimento do vasto espectro de disciplinas e matérias que permitam a interdisciplinaridade, dada a complexidade de tudo que é

humano. Daí que, os enfermeiros tenham de investir *"...não só na formação técnica e científica nas disciplinas que se integram na área das ciências biomédicas, mas também nas disciplinas que se integram na área das ciências humanas"* (Queiroz, 2004, p.17). É, assim, importante a pluralidade de conhecimentos heterogéneos. Mas, como afirma Manuel Sérgio *"...uma pluralidade de conhecimentos heterogéneos não significa obter a* ***unidade do diverso****, mas constitui o primeiro passo para integrar saberes heterogéneos"* (1999, p. 216). Não se formam bons profissionais pela acumulação de conhecimentos, mas sim pela renovação constante diante de um mundo que entrou num ritmo avassalador de mutação. Não há mais espaço para acomodação, passividade, submissão, individualismo ou paternalismo. O sucesso de qualquer empreendimento está comprometido com a implementação de uma cultura de mudança e de contínuo aperfeiçoamento. A qualidade dos profissionais verifica-se pelo permanente aperfeiçoamento e renovação e não pelo resultado de actos repetitivos.

Qualquer profissional deve, pois, assumir um permanente questionamento de todas as suas acções, com humildade e curiosidade, em busca de inovação, de criatividade, de flexibilidade de actuação, de ousadia para propor e assumir novos desafios e com capacidade para incorporar novos saberes. Diríamos que as relações dialécticas teoria-práxis vão ajudar a integrar um leque variado de saberes teóricos em contextos práticos e destes naqueles. Significa um esforço e novas conquistas cognitivas ampliando a panóplia de meios de intervenção e de orientação para qualquer intervenção do ser humano. *"É uma obrigação absoluta, no sentido ético, saber e, hoje, tal significa também estar informado pela ciência"* (Gadamer, 1995, p. 269), assim como, contribuir para a sua difusão e aplicação.

O conceito que queremos aqui difundir não é o de simples prática (de oposição à teoria) mas o de práxis ou *"...conduta (individual ou de grupo) transformadora, assumida como auto-realização"* (Sérgio, 1999, p. 171). O homem faz-se fazendo e o *"...lugar de emergência do ser humano é a sua praxis, que faz movimentar a História, com significação e sentido"* (ibidem, p.172). De facto, nenhum contexto se esgota ao homem ou o satisfaz plenamente. Daí que, a praxis seja espírito crítico, dado que fazer é transformar, incluindo em âmbito gnoseológico. Assim, enquanto ser práxico, *"...o Homem é corporeidade necessária, complexidade implícita e transcendência contínua"* (ibidem, p. 172).

A teoria sempre manteve uma relação crítica e rigorosa com a prática. Porém, hoje defende-se que a praxis é simultaneamente teoria e prática e pressupõe a liberdade de criação e expressão. Á luz deste dualismo teoria / prática, a teoria não se projecta ou sobrepõe à prática, nem esta à teoria. Cada uma emerge e desenvolve-se no seio da outra. A unidade prática – teoria deve permitir à teoria ser ela mesma, para que possa perspectivar e antecipar uma nova prática. A prática implica acção no quotidiano da vida e supõe uma estreita relação entre compreensão, acção e mudança.

A situação em que se encontravam as ciências em meados do século XX, provocou reacções vindas, não só da filosofia mas também das próprias ciências, caminhando para uma nova forma de compreender o científico. Jürgen Habermas, assim como outros pensadores, ajudaram a não dissociar dois aspectos complementares, **o conhecer e o agir,** partilhando as suas convicções de forma o mais alargada possível, e numa atitude de coerência, procurando contribuir para a transformação da opinião pública sobre a ciência – a qual *"...com o seu filosofar comprometido na prática, indica-nos o sentido da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade do saber, pretendendo a construção de uma nova relação entre a teoria e a prática"* (Coutinho, 2002, p. 56).

Assim, se começaram a manifestar novos sinais de desenvolvimento do conhecimento científico, através dos debates epistemológicos contemporâneos, onde se torna visível a síntese entre teoria e prática. *"Para além das suas funções como saber crítico e como saber reconstruído, a filosofia, em diálogo inter-pares, deve assumir uma terceira função, específica e inabalavelmente sua, como saber de âmbito distinto das ciências, apresentando-se como interrogações, a partir das próprias ciências, mas que estão fora das suas competências; são questões relativas à verdade, à objectividade, à racionalidade e às diferentes formas do seu exercício"* (ibidem, p. 64). A mesma autora chama-lhe filosofia *"vigilante da racionalidade"*.

O que está em causa neste conceito de filosofia é a sua relação com as ciências. Talvez pudéssemos mesmo escrever: com a tecno-ciência. Não se situando como único saber, a sua função, será antes, em relação às ciências da natureza, assumir um papel interpretativo entre a cultura analítica dos especialistas e o **mundo-da-vida**; em relação às ciências humanas, o de uma reflexão crítica e articuladora, abordando os conteúdos normativos da cultura, procurando interpretar o seu conteúdo emancipatório. Para Habermas, a atitude crítica e reflexiva tem de estar presente no desenvolvimento das ciências e no avanço das tecnologias.

É clara a necessidade de reflexão quando se trata da solução de problemas complexos que reflectem e projectam a totalidade da vida humana, e, esta é a complexidade dos cuidados de enfermagem. *"Redescobrir, reapropriar-se, restaurar os saberes dos cuidados, a fim de nutrir e alimentar as práticas de cuidar, única forma de dar a conhecer social e economicamente a dimensão específica do exercício de enfermagem"* (Collière, 2003, p. 116). Foi a partir da prática ou experiência que nasceram todos os saberes, passando pela descoberta e aquisição pessoal. Todo o saber parte das realidades da vida. A própria teorização fundamenta-se na acção do sujeito. Elaborar saberes significativos e utilizáveis nos cuidados passa por grandes exigências e percursos de aprendizagem. *"Em sentido mais amplo e globalizador, a experiência é tudo o que se constitui no curso da vida, na confrontação quotidiana com o real, onde surge a necessidade de resolver problemas de toda a natureza"* (Costa, 1998, p. 23). De facto, a prática é social e material.

Kant considerava *"a priori"* todo o conhecimento independente da experiência. Na Crítica da Razão Pura, ele escreve: *"....entenderemos, portanto, em continuação, por conhecimentos a priori não aqueles que têm lugar independentemente disto ou daquilo, mas os que absolutamente se verificam independentemente de toda a experiência"* (Barata-Moura, 1978, p.163). Só que o conhecimento é sempre histórico, pois que se trata de um processo onde se encontra, em síntese, toda uma aventura humana. Demais, a teoria tem um objectivo, que é a realidade objectiva e é a realidade objectiva que ela pretende reflectir, adequadamente. Em A Ideologia Alemã, Marx e Engels deixaram expresso que a teoria tem de reflectir a prática. Dizem a esse propósito: *"A consciência não pode ser outra coisa senão o ser consciente e o ser dos homens é o seu processo de vida real"* (Marx *et al.*, p. 26). Tudo isto nos leva a pensar que parece indubitável a vinculação estrutural da teoria à prática, contrariamente às teses tradicionais, a teoria não deverá observar-se como instância autónoma. Ao estabelecer a identidade entre o ser dos homens e o seu processo de vida real, Marx avançou para uma concepção concreta e dialéctica da existência social, opondo-se ao dualismo da essência e do fenómeno, porque a essência não é independente do devir histórico concreto. A teoria não se desenvolve desligada da prática, pois que a reflecte e, depois, a perspectiva e antecipa.

Hoje, ao invés do positivismo que dominou durante praticamente cem anos, a ciência aposta no carácter conjectural, hipotético das teorias científicas; no papel do

conhecimento pessoal, na observação científica; no reconhecimento da autoridade, na eficácia da construção do conhecimento científico e na defesa da sua credibilidade. Popper (1968), como os positivistas, também procurou **um critério de demarcação**. Só que, enquanto os positivistas procuravam uma demarcação entre ciência e metafísica, Popper pretende nítida a distinção entre ciência e pseudociência. Para este filósofo, nunca se pode provar as teorias científicas (dado que são conjecturais), mas apenas mostrar que são falsas, diante dos factos científicos que as contradigam, a chamada *"falsificabilidade das teorias científicas"*.

Sem sermos marxistas nem popperianas, julgamos que todas as ciências são historicamente relativas. E porquê? Porque é relativo o ser humano que as cria. Boaventura Sousa Santos afirma, a propósito: *"a maior vantagem da reflexividade e o seu contributo mais positivo para o desenvolvimento da ciência é o de ter tornado claro que os cientistas são seres humanos. A humanização dos cientistas é um dos aspectos da complexidade da ciência"* (Santos, 1989, p. 87). Em Karl Popper a *"base empírica da ciência objectiva nada tem de absoluto"* (1968, p. 111). Será importante, não nos apoiarmos em princípios a priori (sustentáculos de verdade e da certeza) mas assumirmos uma postura de reconstrução de mais saber, na acção e na reflexão.

Gerard Malglaive adianta que:

> *"(...) não é apenas um, mas são vários saberes que regem a acção:* ***saberes teóricos*** *que permitem conhecer o objecto e as suas modalidades de transformação, a máquina e as razões do seu funcionamento;* ***saberes processuais*** *respeitantes aos modos de fazer, às modalidades de organização dos procedimentos, às maneiras como funcionam;* ***saberes práticos*** *directamente ligados à acção e ao seu desenvolvimento, dando do real um conhecimento contingente mas frequentemente eficaz para a operacional do acto;* ***Saberes-fazer****, enfim, relativos à manifestação de actos humanos, motores na acção material, intelectuais na acção simbólica. Alguns destes saberes estão formalizados e apresentam-se em linguagens que lhes são adequadas: linguagem natural, linguagem matemática, linguagem de esquemas codificados ou não, etc. Outros, os saberes práticos e certamente os saberes-fazer, são muito mais do domínio da acção do que da palavra, embora possam criar a sua gíria própria e adquirir assim a sua autonomia específica"* (1995, p. 87).

Para este autor, o conjunto destes saberes forma uma totalidade, complexa e móvel, mas estruturada, operatória, quer dizer ajustada à acção e às suas diferentes ocorrências, que o mesmo chama ***"saberes em uso"*** (ibidem, p. 87). Defende, ainda, a necessidade de agir para ampliar o saber prático e consolidar o saber teórico, centrando-se sobre os procedimentos e a processualização de cada actividade ou acção. Em suma, é *"...mudar de registo, ultrapassar as simples abstracções empíricas e entrar no domínio da abstracção reflexiva e no dos processos inter do pensamento"* (ibidem, p. 217).

No mundo de hoje, a enfermagem é, desta forma, reconhecida como uma profissão cujo centro está na interrelação entre aquele que presta cuidados e o que os recebe e ainda num contexto social que os possibilita. *"A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro lado, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente"* (Collière, 1989, p. 285). Os fenómenos da saúde e da doença não podem ser abordados de forma platonicamente teórica, ou tradicionalmente prática. Têm de ser entendidos e tratados, na complexidade cultural que os fundamenta e determina.

Este é o grande desafio dos cuidados de enfermagem: é preciso que os enfermeiros se transformem em produtos e produtores de cultura, através de uma hetero-estruturação, de uma inter-estruturação, de uma auto-estruturação. A cultura actual, demasiado economicista e materialista, não pode esquecer um convívio permanente com uma profissão que não se compreende indissociável daqueles valores, sem os quais, impossível se torna viver humanamente. Uma nova cidadania ecológica e planetária passará sempre por uma enfermagem que se renovou e renova, em sucessivas tentativas de acção e reflexão, de teoria e prática.

2 – SER IDOSO – HOJE E AMANHÃ

" Numa sociedade do ter e do possuir,
há que actuar empenhadamente para se atingir
uma civilização da partilha e da solidariedade"

Maria Raquel Ribeiro, 1992.

É cada vez maior o número de idosos no planeta, devendo-se o aumento do tempo de vida humana – um dos bons resultados do século XX – à evolução nos campos social, tecnológico e da saúde. Numerosas publicações mostram os avanços alcançados, mas, também, o muito que ainda falta para que o novo quadro demográfico seja atendido satisfatoriamente no que diz respeito aos idosos.

As alterações demográficas ocorridas na sociedade portuguesa no passado recente, repercutem-se nos mais variados domínios da vida colectiva – emprego, consumo, saúde, protecção social – sendo difícil ignorá-las dada a ameaça que representam para o equilíbrio da sociedade. A grande preocupação que envolve os governos (políticos) e os tecnocratas (sociólogos, médicos, enfermeiros, demógrafos, assistentes sociais, psicólogo etc.), com os idosos, resulta do acentuado e rápido aumento (absoluto e proporcional) destes, bem como do sentido de obrigação que cabe à sociedade em cuidar destas pessoas. Está contemplado no número um do artigo 72 da Constituição Portuguesa, que *"as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social"*. Todavia, as redes sociais são escassas, não respondem e nem se adequam às necessidades deste grupo tão numeroso. Um correcto diagnóstico e planeamento da sociedade terão de passar pela análise do envelhecimento demográfico, *"processo integrante de um sistema complexo que é a própria sociedade"* (Rosa, 1995, p. 191).

Sabemos que a ciência tem proporcionado um aumento da longevidade e a diminuição das taxas de fecundidade. Outros fenómenos sócio-demográficos têm originado um crescente envelhecimento da população mundial, proporcionando em alguns países a chamada tendência para a *"inversão da pirâmide"*. Este fenómeno tem constituído a preocupação dominante da sociedade, em geral, e particularmente os organismos de saúde, problemática que tem influenciado profundamente as práticas dos cuidados de enfermagem.

À dimensão da problemática demográfica, associam-se os aspectos qualitativos da vida humana e de comportamentos culturais relacionados com o processo de envelhecimento. Porém, parece estarmos ainda longe de aceitar esse processo como um fenómeno normal, necessariamente acompanhado de limitações e alguns problemas específicos.

Os fantasmas sobre a velhice, que ajudam a construir uma imagem negativa do idoso, dificultam a orientação dos cuidados. Com o evoluir dos tempos, cada homem e cada mulher criou uma máscara, um comportamento próprios, enfim, um modo pessoal de estar na família, na comunidade, no mundo. A futura população idosa será, de certo, diferente da de hoje, com outras formas de integração familiar, mais educação, melhores ambientes urbanos e suburbanos, mais saúde, mais elevado poder económico, outros padrões de comportamento. Em Portugal, apesar de grandes mudanças operadas, continuam enraizados juízos sobre os idosos. Assim, existem estereótipos sobre o idoso, que o consideram:

- Ser indiferente ao mundo que o cerca
- Lamuriante do passado
- Amante de tradições
- Incapaz de entender (e muito menos de aderir) às mudanças sociais
- Desprovido de sentido do progresso

Enfim, um ser humano desajustado da realidade e com dificuldade de se adaptar à mudança, porque *"...a sociedade se afasta das pessoas idosas na mesma proporção em que essas pessoas se afastam da sociedade"* (Freitas, 2002, p. 49). A tecnologia avança a passos largos, os meios e formas de comunicação acontecem a cada instante, a vida cada vez mais agitada, o tempo cada vez menos...exigindo novos conceitos e maneiras diferentes de viver, com grande flexibilidade e capacidade de adaptação que o velho nem sempre tem. Longevidade sem vida partilhada - é o paradoxo do ser humano idoso no mundo contemporâneo, sobretudo para aqueles que vivem em sociedades economicamente mais desenvolvidas. O que lucramos com a longevidade biológica, conseguida pelos avanços da ciência da vida, a Biologia ou a Biogenética, num mundo que nega ao ser idoso o diálogo homem-mundo, num entrelaçamento do saber e do poder?

Estes estereótipos, que uns e outros fomos enraizando ao longo de uma cultura de séculos, só servem para desvalorizar o respeito por este grupo social e pela memória do seu passado, ajudando à rejeição e ao isolamento psicológico, à desactivação do mesmo, sentindo-se este um inútil e um peso para os demais. Assim, para contrariar este misticismo será importante uma nova atitude de todos, dirigindo acções que vão de encontro às necessidades de cada um, mas, ditadas pela preocupação fulcral de garantir a sua independência económica, o seu direito a tomarem decisões sobre tudo que lhes diz respeito, permitindo-lhes o dever de serem actores sociais na comunidade em que vivem.

A pesquisa bibliográfica deste segundo capítulo canalizou-se para a compreensão do idoso, no seu meio sócio-familiar e cultural, para uma maior aproximação ao seu estado de saúde e bem-estar. Ainda que ser velho não seja sinónimo de dependência, o envelhecimento da população não deixa de preocupar, pelas limitações e incapacidades que o processo de senectude acarreta. O défice funcional e as situações crónicas incapacitantes necessitarão, a médio ou longo prazo, suporte familiar, social e de saúde. Não deixa de ser uma problemática que já exige (e irá exigir mais) uma resposta das diferentes estruturas de saúde e coloca um desafio a toda a sociedade.

Ao longo dos tempos e em diversas culturas tem sido muito diversa a atitude das sociedades em relação aos velhos. Também na cultura portuguesa em diferentes classes sociais e resultante das alterações da própria estrutura da família encontram-se várias atitudes para com os idosos. Por um lado, há quem os apoie e venere, aproveitando o seu saber de experiência feita; por outro lado, há quem os rejeite (de modo mais ou menos subtil), vivendo os seus últimos dias isolados. Há que contrariar este processo, implementar medidas para melhorar os seus estilos de vida, segundo directivas de organismos oficiais e atitudes culturalmente mais sustentadas.

2.1 - O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOLÓGICAS

" A idade é outra coisa,
uma espécie de termómetro individual e
intransferível"

Merino, 1999, p. 64

Há já algum tempo que, o tema demografia ocupa, pela sua importância, espaços de destaque na comunicação social, é objecto de investigação de equipas pluridisciplinares e constitui preocupação para os responsáveis de qualquer tipo de desenvolvimento em política pública. Os dados estatísticos dos últimos vinte anos, apresentam baixas progressivas de natalidade, **envelhecimento populacional**, redução de postos de trabalho, aumento do número de divórcios, aparecimento de famílias monoparentais, casas ocupadas apenas por uma ou duas pessoas, **elevada percentagem do número de indivíduos a viverem sós**. Estes dados, por si mesmos, suficientemente claros de uma sociedade em crise, reflectem a escassa sensibilidade social em relação ao futuro. Oferecem um panorama francamente preocupante para os governos e para a sociedade em geral, devido ao não rejuvenescimento da população, à subida de gastos sociais e à redução do número de trabalhadores para poder financiá-los. *" O envelhecimento duma sociedade é inversamente proporcional à taxa de natalidade"* (Bize e Vallier, 1985, p. 51).

O aumento da proporção de pessoas idosas ou, envelhecimento demográfico, é uma característica dos países desenvolvidos, sobretudo da Europa, que tende a estender-se a todas as sociedades. É um dos *"males actuais"* (Arroteia, 1992, p. 27) dos países industrializados do ocidente europeu, onde a fecundidade declinou marcadamente, fruto do desenvolvimento social e do trabalho da mulher gerado pela Revolução Industrial. (Morin, 1994; Touraine, 1998; Habermas, 1998). *"Uma população envelhece quando a proporção de velhos aumenta e a proporção de velhos só aumenta quando a proporção de jovens diminui"* (Ramos, 2002, p. 72). O mesmo será dizer, que uma população só envelhece quando pára de se reproduzir à velocidade que a natureza impôs, para manter constante a relação morte/nascimento.

Mas, o aumento *"... relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalecente no passado*

em comparação à actual redução da mortalidade" (Camarano, 2002, p. 58). Assim se justifica a preocupação com o crescente **fenómeno envelhecimento** dos próximos anos, que *"...será particularmente sentido nas sociedades desenvolvidas europeias quando as gerações numerosas do baby-boom do post-guerra forem atingindo a idade da reforma e aumentando os efectivos de pessoas idosas, e, concomitantemente, as gerações posteriores, já bem numerosas, forem entrando na idade activa – situação que se desenha para o início do próximo século"* (INE, 1999, p. 3). É um fenómeno novo e manifesta um período de profundas e rápidas alterações *"...período revolucionário como provavelmente a Humanidade nunca teve ocasião de conhecer, visto que a esperança de vida aumenta, actualmente, um ano em cada quatro"* (Baulieu, 2001, p. 213).

Esta realidade, que já estamos a viver, com aumento constante e progressivo do número de idosos, constitui um dos sintomas mais inquietantes dos desequilíbrios demográficos que hoje afectam o velho continente e outros pontos do planeta. A génese do problema relaciona-se com o resultado de elevadas taxas de fecundidade do passado, redução da mortalidade e baixa taxa de natalidade nos últimos anos. Estes três fenómenos são a consequência da melhoria das condições sócio sanitárias, dos avanços tecnológicos em várias áreas e de uma melhor assistência social, reduzindo deste modo as taxas de mortalidade geral. Note-se, no entanto, que a quebra dos nascimentos está associada a diversos fenómenos, entre os quais a redução da nupcialidade, o casamento tardio e a emancipação da mulher, bem como a maior participação desta no mercado de trabalho e do avanço tecnológico,nomeadamente, o surgimento de contracepção mais eficaz. Em Portugal, pode assinalar-se ainda, o forte impulso das actividades de planeamento familiar entre 1975/76 e os encargos sociais acrescidos, decorrentes de famílias numerosas e na maioria das vezes não satisfeitas com o sistema de segurança social.

Estas alterações ocorrem por um processo de modificação gerado por fenómenos de urbanização/industrialização verificados durante e depois da Revolução Industrial. Com efeito, a transferência das populações rurais para as áreas de maior concentração industrial e urbana, iniciada no decurso dos séculos XVIII e XIX, conduziu a fortes migrações, que para além de constituírem um sintoma de desenvolvimento económico, originou também situações complexas resultantes da aculturação urbana decorrente do mesmo.

Uma das características que marcou o século XX foi a rapidez de mudanças estruturais. Foi um fluir incessante e acelerado de novas formas de comportamento social, de relações, de meios de comunicação, de organizações, de sistemas de produção, de valores, de outros modelos culturais. Os factores que estão na sua génese são, sem dúvida, as oportunidades de trabalho, criadas em torno das cidades, que arrastaram as pessoas, em busca de emprego, para longe das suas terras de origem, provocando desequilíbrios de toda a ordem. Note-se ainda que, como resultado dos êxodos familiares e perante novos contextos sociais, culturais e de natureza urbana, muitos dos valores característicos das sociedades tradicionalmente rurais, alteraram-se profundamente, daí decorrendo a construção de novos padrões de comportamento e mentalidades, que caracterizam as novas civilizações urbanas.

Os avanços da ciência e da técnica conseguiram aumentar a longevidade humana, sendo a primeira vez que se convive com o problemático peso social e demográfico da velhice. *"Se a explosão demográfica é uma realidade visível do nosso tempo (...) uma outra realidade demográfica (...) igualmente preocupante se perfila no horizonte das sociedades modernas: o envelhecimento das populações"* (Ermida, 1996, p. 13). O número de pessoas idosas vai continuar a aumentar enquanto a população em idade activa diminuirá envelhecendo ela própria. As sociedades actuais apresentam uma crescente desproporção em termos percentuais entre população activa e população não activa. *"Dado o elevado nível de competência exigido pela evolução social, e dada a carência de postos de trabalho, tende-se cada vez mais a atrasar a inserção dos jovens no mundo laboral"* (Demartis, 2002, p. 223), o que vai originar um certo desequilíbrio nos aparelhos de previdência e de segurança social, absorvendo uma quantidade de recursos económicos **sempre maior** e **menos sustentável**. Na própria família se faz sentir o peso económico, com os encargos acrescidos sobre os elementos activos do agregado familiar aos já decorrentes da educação, da assistência e da protecção social com os jovens.

Enquanto muitos países de África, da Ásia e da América Latina se debatem com os problemas relativos à excessiva juventude da população e ao seu aumento exponencial, nos estados ocidentais verifica-se um aumento cada vez maior da percentagem de pessoas de idade, no cotejo com as outras faixas etárias. Existe nestes países (ocidentais) um notável aumento do número de pessoas de idade relativamente ao passado.

A população do Continente Americano tem envelhecido de há um século até hoje, embora o ritmo se tenha acelerado nos últimos 20 a 30 anos (Freedman, 1999). Neste mesmo período, as expectativas de vida no nascimento, também se têm elevado, situando-se actualmente em valores que rondam os 78 anos para a mulher e 76 anos para o homem. Constitui uma problemática mundial, com um crescente número de pessoas idosas em relação aos outros grupos etários, para além do número de pessoas com idade cada vez mais elevada. É muito considerável o grupo de idosos com 85 e mais anos, com tendência para atingirem idades mais avançadas. Este aumento na idade provecta tem sido alvo de muitas investigações nos últimos anos, permitindo compreender que *"a morbilidade não é uma conclusão previsível ou um resultado inevitável da longevidade aumentada"* (Freedman, 1999, p. 500).

A esperança de vida do ser humano aumentou consideravelmente nas últimas décadas (ainda que não igual nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos), situando-se em Portugal aproximadamente em 71,7 no homem e 78,8 para a mulher (INE, 1999, p. 14).

As modificações na estrutura demográfica originam, por vezes, conflitos e tensões, tendo em conta o maior número de inactivos e a necessidade de cuidar de idosos no seio das diversas famílias e comunidades. Impõe-se, frequentemente, repensar formas de organização social e comunitária, promovendo o reforço da solidariedade social, para evitar diferenças nas condições de assistência, de acessibilidade e de ocupação deste grupo etário, marcado, por vezes, pela inactividade, pelo desamparo social e pelo isolamento. É neste quadro que impera a necessidade de definir um conjunto de acções, a nível nacional e europeu, que tenham em conta o peso e a especificidade destes grupos etários, as suas tradições e culturas, as possibilidades de ocupação dos tempos livres (tornando-os produtivos), e o interesse social do trabalho que pode ser desenvolvido por esta população, integrando-os em projectos ocupacionais de interesse para a comunidade. Só assim se poderá reduzir as consequências nefastas geradas pelo desequilíbrio demográfico. Seguindo o pensamento de Jorge Arroteia (1992), o problema social produzido pelo envelhecimento da população sugere uma atenção cada vez maior, para os diversos aspectos da política social, que atenda, entre outros, aos problemas seguintes:

- Ao aumento dos encargos com as pensões sociais e de doença, que se irão repercutir sobre toda a sociedade. A agravar esta situação, é hoje evidente a

antecipação dos limites de reforma provocados pelo desemprego forçado, falta de trabalho, entre outros.

- À diminuição do espírito de iniciativa e a própria resistência à inovação nas áreas habitadas por esta população, em contraste com as zonas de habitação jovem, com mais dinamismo e animação, naturalmente mais agressiva e mais aberta à inovação e mudança.
- À maior dependência, interna e externa, resultante da escassez de mão-de-obra e mercado de trabalho, devido à recessão económica que hoje se vive em todo mundo, gerando por isso, novos movimentos da população e o acentuar de alguns dos contrastes regionais já existentes.
- À persistência e ao aparecimento de *"bolsas de idosos"*, que podem constituir uma das características dos países já envelhecidos, geradas pela concentração de determinados grupos em áreas de maior repulsão demográficas ou em áreas dotadas de melhores infra-estruturas ou, até, condições de clima.

A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. *"Somos tão velhos como nos sentimos a nós próprios"* (Lehr, 1988, p. 12). Daí existirem idosos com aspecto mais envelhecido do que outros que parecem mais jovens que a idade real que apresentam.

Por tal motivo deve fazer-se uma distinção entre o *"processo de envelhecimento"* dos indivíduos, e *"velhice"* como um marco ideológico referente à forma como cada sociedade conceptualiza e define as etapas desta fase do ciclo de vida. A velhice é um atributo, mais ou menos conotado com estigmas que a sociedade adopta, e que ajuda a justificar as variadíssimas posições sociais, perante a mesma. O envelhecimento é um fenómeno perfeitamente natural, comum a todos os seres vivos, e que evoca um desenvolvimento contínuo desde o nascimento até à morte. Faz parte do destino biológico do homem.

O envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. É um fenómeno universal cada vez mais estudado e apreendido mas ainda bastante desconhecido. Existem tentativas de explicar este processo multidimensional, e daí o aparecimento de variadíssimas teorias que, de uma forma ou

de outra, procuram perceber e descrever tal problemática. Defendem que é um processo irreversível, resultante da disfunção do sistema imunológico, genético, celular e neuro-endócrino.

Na tentativa de fundamentar este processo de declínio, há alguns estudos que tiveram em atenção as funções orgânicas anteriormente apresentadas, explicando o envelhecimento em várias teorias:

- Teoria imunitária
- Teoria genética
- Teoria do erro da síntese proteica
- Teoria do desgaste
- Teoria dos radicais livres
- Teoria neuro-endócrina

A primeira, *teoria imunitária,* justifica o envelhecimento como resultado da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo, a que o mesmo reage através de vários mecanismos designados por "*imunidade*". De acordo com esta teoria, é a disfunção gradual ou a falha do sistema imunitário do organismo que origina o envelhecimento. Os motivos para este declínio ou falha do sistema imunitário, ainda não estão esclarecidos. No entanto, o mau funcionamento é assinalado como um dos elementos que estimulam o envelhecer das células.

A segunda, *teoria genética,* defende que no ser humano, o envelhecimento é a última etapa de um processo genético definido e orientado pelo ADN, e tem como certa a existência de um controlo genético de duração idêntica à da vida, explicando as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies animais. Daí a razão por que o sexo feminino apresenta, de uma forma geral, maior longevidade do que o masculino. Em média, a mulher apresenta uma longevidade entre dois a sete anos mais que o homem. (Shock, 1977, p. 103; Zarit, 1980, p. 25). Para alguns investigadores, o envelhecimento é, portanto, uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares, **alteração na molécula de ADN.**

A *teoria do erro na síntese proteica* caracteriza-se pelo envelhecimento resultante da morte celular (Schofield, 1978, p.78). Assim, *"erros a nível das inúmeras etapas da síntese proteica levariam à formação de proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções"* (Mailloux-Poirier, 1995, p. 101).

Alguns trabalhos afirmam que erros ao nível das inúmeras etapas da síntese proteica levariam à formação de proteínas incapazes de desempenharem as funções que lhes são atribuídas. Esses erros ou perturbações seriam responsáveis pelo envelhecimento (Schofiel, 1978, p. 37).

A *teoria do desgaste,* é uma teoria biológica, mais antiga e mais geral, em que o organismo na sua multiplicidade e variedade se comporta como partes, ou peças, de uma máquina que se deterioram com o uso, e este desgaste conduzirá a anomalias que advêm de uma paragem desse mecanismo. Nesta perspectiva, o corpo "*desgastar-se-ía*" ao longo da vida (Shock, 1977; Birchfiel, 1999).

A *teoria dos radicais livres,* para explicar o envelhecimento e a morte celular, acredita nos efeitos nefastos causados pela formação destes, cuja presença diminui a vitalidade das células e dos tecidos, provocando assim o seu envelhecimento. Deste modo, os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados, transformando-os em substâncias que envelhecem as células (Shock, 1977; Mailloux-Poirier, 1995).

Na *teoria neuro-endócrina,* para outros investigadores, o envelhecimento é causado pelo declínio de vários sistemas, sobretudo pelo fracasso ou ineficiência do sistema endócrino, no que se refere à coordenação das diferentes funções do organismo. Daí que o sistema endócrino funcione em estreita harmonia com o sistema nervoso, mantendo a homeostasia. O controlo endócrino é feito por mensageiros químicos, vulgarmente designados por hormonas, e estes são os responsáveis pela regulação de diferentes fenómenos como seja o crescimento, a homeostasia sanguínea e o metabolismo dos glícidos. A menopausa e andropausa são disso exemplo também.

Estas teorias, dão-nos uma informação parcelar sendo a investigação nesta área, ainda incipiente para poder explicar com precisão os múltiplos factores ou processos de deterioração implicados no fenómeno multidimensional do envelhecimento. Apesar de todos os factores intrínsecos e extrínsecos que afectam a longevidade, o que parece consensual e que emergiu das hipóteses formuladas sobre esta matéria (envelhecimento) parece prevalecer a sua origem genética (Gauvreau, 1983, p. 36; Mailloux-Poirier, 1995, p. 102) influenciado pelo meio ambiente, embora continuem investigações nesta área, de forma a clarificar cada vez mais a sua génese e retardar o seu aparecimento.

É evidente que existem outras teorias sobre o envelhecimento biológico, que o descrevem com base em diversas causas, todas elas interligadas. As várias teorias

encontradas foram tema de trabalho para outros autores, agrupando-as de forma cronológica, ou sob o ponto de vista de uma nova classificação (Shock, 1977; Lehr, 1988; González, 1989; García Núñez e Mcinnes, 1998; San Martin, 1997). O quadro n.º1 faz a associação por categorias, das várias designações adoptadas e conhecidas.

Quadro nº. 1 - Teorias do envelhecimento biológico

Categorias	Designações mais usuais
• **Teorias genéticas** (baseadas nos factores hereditários que transmitem o ADN, as alterações e anomalias de cromossomas: as células dividem-se e morrem, não podendo reproduzir-se posteriormente).	- Teoria da lesão do ADN - Teoria da mutação genética - Teoria do erro - Teoria da mutação somática
• **Teoria do desgaste** (baseadas na acumulação progressiva de modificações degenerativas nos órgãos, pela acção de agentes exteriores ou interiores do organismo).	- Teoria da privação - Teoria da acumulação - Teoria dos radicais livres
• **Teorias Fisiológicas** (fundamentadas na deterioração generalizada dos diferentes orgãos).	- Teoria da deterioração dos sistemas (cardiovascular, glandular) - Teoria da Pressão - Teoria imunológica
• **Teoria do controlo fisiológico** (baseadas no mecanismo de adaptação do sistema endócrino, do sistema nervoso e do sistema linfático).	- Teoria imunitária

Se é verdade que os fenómenos biológicos do envelhecimento vão influenciando, no sentido de um decréscimo das capacidades funcionais, traduzindo-se por uma diminuição de certas *performances*, uma redução da capacidade de adaptação e uma grande vulnerabilidade às agressões do meio ambiente, também é verdade que, o processo de envelhecimento não se reduz a um simples declínio físico. É um processo complexo para o qual concorrem factores de ordem biológica, social, económica e cultural, agindo num sistema de relações indivíduo, sociedade e meio ambiente. Importante se torna compreender o fenómeno do tempo que passa e que deixa no

homem os traços graves de uma velhice progressiva; considerar que a vida humana é um contínuo crescimento e desenvolvimento – uma contínua transformação e adaptação de tecidos – com etapas significativas, mas (como todos os seres criados) sujeitos à biologia da senescência.

Envelhecer é, assim, um conceito relativo, que para além do envelhecimento numa perspectiva biológica (por alguns designada perspectiva médica), integra outras concepções que se situam em períodos diversos da história e do evoluir das sociedades.

Outros processos existem a influenciar e a caracterizar o envelhecimento psicológico e social que têm suscitado o mesmo interesse e curiosidade dos investigadores, tentando explicar a relação entre o envolvimento sócio cultural e o comportamento adoptado pelos idosos na sociedade. Assim, apesar de também não existir consenso, foram estudadas e elaboradas algumas teorias relacionadas com o envelhecimento psicossocial. *"Hoje sabemos que no processo de envelhecimento humano, intervêm os genes que controlam a longevidade; o ambiente ecológico em que vivemos; o ambiente social e cultural em que nos desenvolvemos e vivemos; os modos de vida individuais e colectivos; o conhecimento do organismo humano e as suas necessidades (alimentação, exercício, riscos existentes, etc.) por cada indivíduo, factores que se combinam desigualmente...em relação às culturas humanas"* (San Martín,1997, p. 32). São múltiplas as obras que abordam estes aspectos e expõem a sua teoria de forma pormenorizada, permitindo daí retirar as aprendizagens para modular a compreensão e intervenção com os idosos.

Os inúmeros estudos da gerontologia social elaborados com a finalidade de explicar a influência dos factores culturais e sociais, sobre o envelhecimento, culminam em outras teorias das quais salientamos três:

- Teoria da actividade
- Teoria da desinserção
- Teoria da continuidade

A *teoria da actividade* é fundamentada por alguns autores relacionando as actividades sociais com a satisfação que a vida activa nos pode trazer. A pessoa activa e que produz rendimento é feliz, logo o idoso deve manter-se activo, se pretende promover a sua saúde, elevar a auto-estima, ter mais satisfação e realização pessoal. Segundo esta teoria, a velhice bem sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova

organização das funções já desempenhadas. Consequentemente a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo. Esta linha de pensamento parece não incluir os factores associados aos estilos de vida e à personalidade.

Zarit e Ducharme (1984, p. 403) demonstraram que o envelhecimento é acompanhado de uma separação recíproca entre o indivíduo e a sociedade. Sempre que essa separação tem um carácter global, o indivíduo entra em crise, caracterizada pela modificação do seu sistema de valores. A desinserção condiciona, da mesma forma, o indivíduo e a sociedade.

A *teoria da desinserção* ou desligamento corresponde, assim, a um afastamento mútuo da sociedade e do indivíduo. Defende, também, que a diminuição da satisfação na vida é proporcional à diminuição da actividade, concluindo que nem uma nem outra são suficientemente explícitas. O envelhecimento é visto como causa e consequência das perdas sociais, que por sua vez são causa e consequência do envelhecimento físico. Tenta ainda demonstrar que o envelhecimento é uma parte integrante do *ciclo de vida* e não um período final, separado ou desintegrado das outras fases. O processo de desligamento do idoso, ou seja, a diminuição do contacto com o ambiente que o rodeia, é fundamentalmente consequência do estilo de vida. Daí, apontar a necessidade de efectuar uma avaliação cuidada da inter-relação entre estilo de vida individual e ambiente, e sua importância para manter a satisfação pela vida. Embora exista uma certa descontinuidade ao nível das situações sociais, os hábitos e os estilos de vida, adoptados pelo idoso, determinam a sua adaptação.

A *teoria da continuidade*, de acordo com Ducharme (1984, p. 12-17) o idoso mantém a continuidade dos seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos, elaborados ao longo da sua vida, fazendo estes, parte da sua personalidade. Existe uma tendência para o conservadorismo, para a continuidade de funções e crenças assimiladas anteriormente. Como tal, em situações semelhantes, o comportamento do indivíduo manter-se-á idêntico à sua conduta anterior.

Existem tantas teorias quantos os prismas por que é estudado ou por que é observado o idoso:

- **Perspectiva antropológica** com tendência para mostrar a consideração pelos idosos ao longo da história. Daí ressaltam as chamadas teorias culturais (San Román, 1990; García Mínguez, 1998).

São frequentes as referências aos idosos como grupo social separado ou à margem dos demais, evidenciando grandes diferenças entre o colectivo urbano e rural; a maneira como são integrados ou rejeitados pela cultura vigente ou pela sociedade mais evoluída; as perdas de estatuto à medida que os anos avançam, a falta de papeis atribuídos ou alguma ambiguidade no reconhecimento daqueles que ainda se mantêm em actividade. Assim se explicam as chamadas teorias culturais. São disso exemplo a *teoria das subculturas*, valorizando o grupo dos idosos separado dos demais grupos sócio culturais; *teoria da atribuição de papeis* baseando o problema da velhice em função dos papeis que são atribuídos ou da perda destes; *teoria da modernização* como fonte que vincula todas as sociedades no referente a mudanças ou perdas de estatuto da velhice.

- **Perspectiva sociológica**, referenciada por vários autores, que salientam os factores sociais implicados no processo de envelhecimento e a sua relação no comportamento apresentado pelos idosos: reforma, modificação dos papéis familiares, situação no seio da família, casamento dos filhos, viuvez, marginalização social, isolamento e solidão (Garcia Mínguez, 1988; Salvarezza, 1988; San Ramán, 1990; Rodriguez Rodriguez, 1997).

Uma outra abordagem do envelhecimento tem a ver com o processo vivencial e interliga-se com a noção de pessoa *"...como categoria de pensamento produzida em todas as sociedades e que traduz um modelo de relações entre os membros dessa sociedade e, simultaneamente, a relação destas com o contexto social em que se inscrevem"* (Lima e Viegas, 1988, p. 150). Acarreta modificações no status do idoso e no relacionamento deste com os outros em função de:

1. Crise de identidade, provocada pela falta de papel social, levando muitas vezes à perda da auto-estima.
2. Mudança de papeis na família, no trabalho e na sociedade, com dificuldade para a readaptação a novas exigências.
3. Aposentação, hoje mais distanciada do fim da vida, com necessidade de um esforço acrescido para encontrar novos estímulos para a vida e não acabarem os seus dias isolados, deprimidos e sem rumo.

ICBAS

4. Diminuição dos contactos sociais, reduzidos em função das potencialidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras ou, até, a violência que assola pelas ruas.

Aqui se situam as denominadas teorias da *desvinculação*, da *estratificação*, da *continuidade*, do *contexto social* e da *construção social.*

- **Perspectiva psicológica**, referenciada à luz das mudanças observadas pelas alterações nos processos psicológicos dos indivíduos, baseadas em quadros empíricos, que descrevem um conjunto de traços e mecanismos que vulgarmente acompanham o envelhecer das pessoas (Lehr, 1988; González, 1989; Bianchi, 1992; Altarriba, 1992).

Estes autores valorizam a mente humana, com capacidade para transformar e modelar a velhice, pela experiência individual, a percepção pessoal e a sua interacção social. Assim, surgem denominações como: *teoria das carências, dos apegos, da actividade e interpretativa.*

Para os autores referenciados, além das alterações do corpo, o envelhecimento reflecte uma série de mudanças psicológicas:

- dificuldade de se adaptar a novos papeis;
- falta de motivação e dificuldade de planear o futuro;
- necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afectivas e sociais;
- lentidão e pouca flexibilidade para acompanhar o evoluir dos tempos no campo da modernização;
- baixas de auto-imagem e auto-estima;
- alterações psíquicas com depressão, hipocondria, somatização.

As investigações têm demonstrado que, *"assim como as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo"* (Zimerman, 2000, p. 25). As pessoas mais saudáveis e optimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações originadas pelo envelhecimento. Mais facilmente aceitam *"...a velhice*

como um tempo de experiência acumulada, de maturidade, de liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo de libertação de certas responsabilidades" (ibidem).

- **Perspectiva demográfica**, que analisa o alcance do incremento quantitativo dos indivíduos de 65 e mais anos sobre a população em geral. Centra-se num processo que afecta uma população (efeitos sobre a população) e não no que experimenta a pessoa no decurso dos anos (Rodríguez Castedo, 1991; Jiménez Lara, 1991. Altarriba, 1992; Gómez Garcia, 1997; INE, 1999).

Dentro desta perspectiva, os autores debruçam-se sobre três tipos de análise:

- **Descritiva** dos estudos demográficos e estatísticos referenciados ao estado da população actual.
- **Prospectiva** ou projectiva da evolução para o futuro.
- **Histórica,** de análise da evolução da população ao longo do tempo.

Para os teóricos da perspectiva demográfica existem fenómenos importantes que são a fonte de apreciação e caracterização de teorias de envelhecimento. Assim, referenciamos:

✦**Fecundidade:** a descida das taxas de fecundidade é considerada o principal factor desencadeante do envelhecimento populacional, pela redução do número de jovens, insuficiente para cobrir as gerações que os precedem e também como responsável da redução da população mundial. A descida das taxas de natalidade têm explicações muito variadas, mas quase sempre se justificam pelo desenvolvimento económico, industrialização, urbanização e modernização das sociedades. Assim, pode apontar-se:

- Factores de ordem económica: condições de habitação e custo de renda, trabalho a tempo parcial, desemprego, etc.
- Factores culturais e sócio psicológicos: declínio da família como valor social, individualismo, auto realização profissional, acesso da mulher ao mercado de trabalho, etc.
- Factores de carácter técnico/científico: generalização dos métodos de planeamento familiar, melhorias na assistência sanitária e outros.

- Factores político/institucionais: legalização do aborto, desenvolvimento duma legislação laboral mais sensível à maternidade/paternidade.

Outros factores podem ainda ser associados a esta problemática: aumento das taxas de celibato, descida das taxas de nupcialidade, aumento da idade para o casamento, aumento do número de divórcios e também a idade da mulher para ter o primeiro filho.

✦**Mortalidade: o** impacto das descidas da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida, originadas pela melhoria das condições nutricionais, sanitárias, evolução da medicina, investigação científica.

✦**Movimentos migratórios:** considerado como uma forma de repor os défices de população, com a entrada de grupos de emigrantes jovens para trabalhar. Acarretam, no entanto, outros problemas de índole económica, cultural, racial e linguística.

- **Perspectiva económica,** descrevem as mudanças demográficas sobe o ponto de vista das variáveis económicas de oferta e procura e o seu efeito no bem-estar da população. Trata-se de uma linha de investigação denominada de economia demográfica (Bazo, 1990; Artajo de No, 1991; Gómez García, 1997; Arana Muñoz, 1999).

Cabe aqui assinalar a existência de duas correntes: uma de carácter micro-económico e outra macroeconómica.

A primeira, salientando as mudanças de comportamento económico das pessoas à medida que vão envelhecendo, perante a redução das fontes de recurso e dos efeitos sobre o consumo, a saída do mundo laboral, a vinculação aos sistemas de pensões e de segurança social. Os estudos mais recentes destacam uma melhoria socioeconómica das últimas décadas, referindo-se à revalorização das pensões, fixação de pensões mínimas, redução das situações de extrema necessidade, desenvolvimento dos serviços sanitários e de assistência.

A segunda, analisa a influência demográfica na economia macroeconómica: distribuição da renda (economia) pública, aumento da procura de bens e serviços.

Daqui se retiram dois enfoques teóricos: o envelhecimento demográfico com valorização negativa ou sem consideração negativa. As ideologias que insistem no

tamanho da população e da juventude da mesma como sinal de prosperidade, menosprezam as potencialidades dos mais velhos, atribuindo-lhes uma conotação de pessoas passivas, inúteis e que são ajudadas à custa de outros grupos populacionais. *"Há que mudar certas mentalidades economicistas, que consideram os aposentados como passivos que detêm bens e serviços sem contribuir para a economia. Daí à eutanásia activa por razões económicas se pode chegar com mais rapidez do que parece"* (Moragas, 1995, p. 162). Não há dúvida que o gasto social aumentou consideravelmente desde a década de 70, crescendo a um ritmo mais rápido do que a economia. Parte do sistema de pensões é absorvida por reformas antecipadas e invalidez. A despesa com a saúde dos idosos também tem vindo a aumentar.

Para outros, mais optimistas o envelhecimento é uma conquista das sociedades mais industrializadas, impulsionadoras da melhoria das condições sociosanitárias e do aumento da esperança de vida, em suma, o resultado do progresso da humanidade.

- **Perspectiva educativa** ou **"gerontagogia"**, denominada e defendida por Lemieux como *"a ciência prática que tem como objecto a intervenção educativa nos indivíduos mais velhos"* (Cao, 2000:95) apoiando-se nos estudos científicos que comprovam que a aprendizagem dos mais avançados na idade não se diferencia senão no ritmo: lenta mas segura. Será uma aprendizagem enriquecida pela experiência (Requeijo Osório, 1997); (Saenz Carreras, 1997); (García Mínguez, 1998).

Procura-se o progresso cognitivo e desenvolvimento das capacidades culturais, num esforço por melhorar a imagem e qualidade de vida da pessoa e torná-la activa e crítica na sociedade. Estou a falar de uma educação não formal, que tem como eixo a realização pessoal, mediante a participação, compromisso social e reconhecimento das próprias capacidades.

Os idosos, membros de uma sociedade, irremediavelmente interactuam com expectativas e estereótipos que se lhes atribuem. Assim, é mais frequente e real a atribuição de uma série de características a um colectivo (idosos) pela conjuntura socioeconómica do que pelos valores inerentes das pessoas que o integram. Todos temos uma imagem da pessoa idosa formada a partir da nossa observação, da nossa vivência ou daquilo que nos é passado pela família e pela sociedade. Importante será

reter que, existe variabilidade inter-individual e grande diferenciação no grupo a que chamamos idosos. Envelhecer é um processo segundo o qual um organismo existe no tempo e muda fisicamente, sendo comum a todos os seres vivos, evocando um desenvolvimento contínuo. É um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, individual e variável, resultando daí a tendência para considerar os idosos como "*grupo heterogéneo*". Ser velho é, assim, o destino biológico do homem, resultando a senectude em aumento da vulnerabilidade e da probabilidade de aproximação da morte.

Todas estas teorias demonstram ter algum grau de validade e aceitabilidade, no entanto não parece existir uma que possa ser seguida na avaliação do processo de envelhecimento de todas as pessoas.

Dada a complexidade deste fenómeno, a abordagem deverá seguir um modelo ecológico defendido por Constança Paúl e que outros designam por sistémico (1996, p. 1997). A mesma autora sublinha que, um envelhecimento com alto nível de funcionamento físico, psicológico e social (envelhecimento bem sucedido) *"só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto actual e passado, integrando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas (...) que se compreende à luz da reconstrução da história de vida de cada um"* (1996, p. 20). Nesta ordem de ideias, será pertinente uma abordagem às questões ambientais, já que o mesmo tanto pode facilitar como condicionar ou retardar o processo de envelhecimento.

Envelhecer é um processo segundo o qual um organismo existe no tempo e muda fisicamente, sendo comum a todos os seres vivos, evocando um processo contínuo. É um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, individual e variável, resultando daí a tendência para considerar os idosos como "*grupo heterogéneo*". Ser velho é, assim, o destino biológico do homem, resultando a senectude em aumento da vulnerabilidade e da probabilidade de aproximação da morte.

Porém, o aumento da longevidade tem servido de incentivo ao estudo dos processos de envelhecimento humano, que, apesar de todas as pressões sociais, se vai tornando cada vez mais actual. A partir da segunda metade do século passado, com o entendimento da fisiologia celular e do desenvolvimento biológico que deu lugar à Gerontologia (estudo do envelhecimento dos seres vivos), percorre-se o caminho no estudo do ser humano ancião com a Gerontologia Social, com especial enfoque nos aspectos demográficos,

sócio-económicos e psicológicos; por outro lado, a Geriatria debruça-se no aprofundamento das enfermidades da velhice e na eficácia dos seus tratamentos. Revela-se, assim, a pretensão do campo científico em alcançar a longevidade com saúde. *"O homem tem todo um potencial biológico para alcançar naturalmente uma longevidade de maneira saudável"* (Lins, 2001, p. 51).

Castañeda na sua obra **Envejecimento: la última aventura – Preocupação humana, desinterés biológico y oportunidades eugéricas** assinala que, das disciplinas do conhecimento biológico, *"a biologia do desenvolvimento e da evolução se interessam especificamente pelos processos do ser vivo ainda que em dois níveis diferentes de complexidade: o individual – ontogenia – e o de grupos populacionais – filogenia"* (1994, p. 21). O mesmo autor defende que o processo óbvio e conspícuo que acontece nos sistemas vivos, ao longo do tempo, é o envelhecimento. Adverte, ainda, que *"nenhuma das duas disciplinas anteriores* (ontogenia e filogenia) *tem considerado o envelhecimento como um dos seus interesses básicos. Os pensamentos originados dessas disciplinas são os que mais têm influenciado o interesse desse campo do conhecimento, principalmente em entender, e talvez modificar, o processo de envelhecimento humano"* (Ibidem, p. 22). Assim, para o autor, o problema conceptual do envelhecimento reside na alternativa de duas correntes: a diferenciação celular, em tempo e em espaço, será o resultado de uma leitura ordenada e diferencial de um programa predeterminado de expressão genética; e a evolução biológica resultará da interacção das trocas genéticas e o meio ecológico-ambiental. *"Desde a gestação até à morte, a vida parece estar representada por uma série de eventos, conectados entre si ou simplesmente seriados, mostrados numa dimensão unidireccional de tempo"* (Ibidem, p. 98).

Na contemporaneidade, e com o evoluir da "eugenia"ou *"ciência que trata da aplicação das leis da genética à reprodução humana, de forma a melhorar as qualidades físicas e mentais de gerações futuras"* (Larousse, 1979, p. 359), o instinto criador do homem tem procurado produzir uma versão da *pedra filosofal* que conduza ao elixir da juventude. Esse será o segredo do futuro. No pensar de Castañeda, a pedra filosofal ou *"eugérica"* contém – ou de uma forma mais apropriada tenta dar – uma série de medidas, dirigidas a manter um máximo de saúde e vigor ao longo da segunda metade da vida, afim de *"alcançar os estádios máximos da longevidade individual, e particular de cada indivíduo, com um decoroso nível de auto-suficiência"* (1994, p.

222). É com esta utopia que todos temos de trabalhar, se pretendemos uma vida longa e com qualidade, sem, todavia, esquecer que a eterna juventude será sempre um sonho não concretizado da humanidade.

2. 2 – O IDOSO NA SOCIEDADE PORTUGUESA

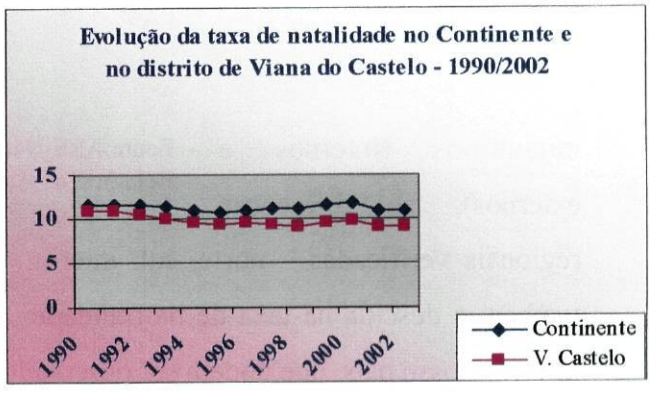
"Os povos que não respeitam os velhos destroem a respectiva identidade, porque não reconhecem a própria memória".

Nuno Grande, 1994

No nosso País, a evolução da população idosa tem tido um crescimento muito acentuado. Este fenómeno começou a preocupar a sociedade portuguesa, sobretudo a partir dos anos setenta, e tem justificado o incremento de acções de cariz sócio-sanitário com vista a melhorar a qualidade de vida deste grupo tão populoso e específico nas suas necessidades. A consciencialização desta problemática deve-se não só ao intenso envelhecimento e aspectos que envolve, mas também aos novos desafios que se deparam a uma sociedade constituída por pessoas cada vez mais velhas e pouco preparadas para enfrentar tal realidade.

A curva de evolução demográfica tem sido diferente ao longo dos tempos, situando-se o maior desequilíbrio no século passado, proveniente da revolução industrial, com reflexos muito significativos a nível económico, social, cultural e científico. As melhorias de condições sócio-sanitárias – fruto do desenvolvimento técnico-científico – originaram um crescimento demográfico e longevidade mais sadia. Com efeito, a transferência das

Gráfico n.º1 – Evolução da taxa de Natalidade por mil nados vivos

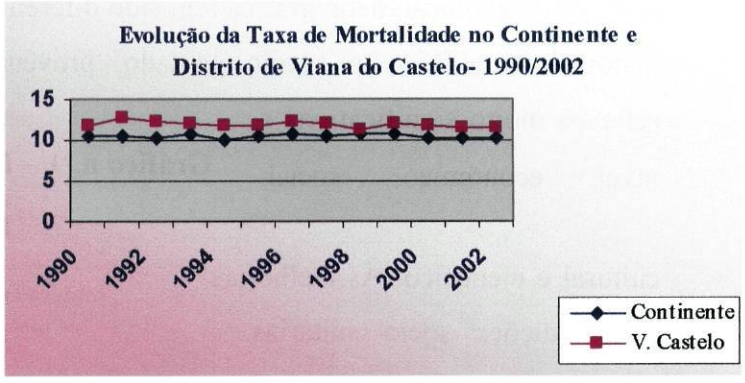


Fonte: ARS-Norte, Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. Relatório de Actividades 2002, p.26

populações rurais para as áreas de maior concentração industrial e urbana, iniciada no decurso dos séculos XVIII e XIX, conduziu a fortes migrações que, para além de constituir um sintoma de desenvolvimento económico, permitiu a criação de fenómenos complexos, resultantes da aculturação urbana decorrente do mesmo. Os factores que estão na sua génese são, sem dúvida, as oportunidades de trabalho criadas em torno das cidades, que arrastaram a população masculina e feminina, em busca de emprego e oferta de mão-de-obra, ocasionadas pela diversidade de actividades industriais e concentração de serviços que, gradualmente, se foram instalando e desenvolvendo. Note-se ainda, como resultado dos êxodos familiares e perante novos contextos sociais, culturais e de natureza urbana, que muitos dos valores característicos das sociedades tradicionalmente rurais alteraram-se profundamente, daí decorrendo a construção de novos padrões de comportamento e mentalidades que caracterizaram as novas civilizações. Entre estes, destacam-se as mudanças dos valores tradicionais, relacionados com a vida comunitária e solidariedade social, a divisão do trabalho e o (de)crescimento populacional, através da quebra de nascimentos e da redução da fecundidade feminina, alterando deste modo as estruturas demográficas da população.

A compreensão do processo de envelhecimento em Portugal tem de integrar o estudo de algumas variáveis e dinâmicas operadas ao longo do último século. Assim, torna-se importante a análise dos factores migratórios (internos e externos), as diferenças regionais verificadas – norte, sul, interior, litoral – a baixa natalidade/fecundidade e também a descida na taxa de mortalidade. São alguns eixos oscilatórios na população total do nosso país, que podem ser observados nos gráficos e quadro seguintes:

Gráfico n.º 2 – Evolução da taxa de Mortalidade por mil pessoas



Fonte: ARS-Norte, Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. Relatório de Actividades 2002, p. 27

Quadro n.º 2 – Evolução da população portuguesa (1920 – 2001)

1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
6032991	6825883	7755423	8510240	8889392	8611125	9833014	9862670	10318084

Fonte: Barreto e Preto (1996) e INE: Estatísticas Demográficas, (1999) (2001)

No decurso dos primeiros trinta anos do século XX, manteve-se o crescimento global semelhante ao século anterior. Porém, verificou-se alguma diferença nos distritos do sul, com um ligeiro crescimento da população, facto este, que se deve a um maior impulso à emigração das gentes do Norte do País, para países da América. O Brasil era o destino por excelência, mas diversificavam-se as paragens pela Argentina, Venezuela, América do Norte e Canadá.

Com o aparecimento de algumas medidas restritivas da política brasileira na década de trinta, dificultando a imigração, verificou-se um ligeiro aumento no crescer da população nos anos seguintes. Esse crescimento foi mais notório nas zonas litorais, devido às migrações internas. Como afirma Nazareth *"...entre os finais de 1950 e início da década de oitenta, Portugal caracteriza-se por uma diminuição no ritmo de crescimento na maioria dos seus distritos e por uma assimetria litoral/interior"* (1985, p. 971).

A guerra colonial, iniciada nos anos sessenta, desestabilizou, como se compreende, a estrutura demográfica: baixas nos jovens do sexo masculino, atraso na idade de casar e procriar, mulheres sem noivo, etc. Neste contexto, entre 1960 e 1974, Portugal atingiu as mais elevadas taxas de emigração, sendo a França o principal destino dos emigrantes portugueses, ainda que, distribuídos também por outros países europeus, como Alemanha, Suiça, Bélgica e outros. Este êxodo de portugueses para outros pontos do globo é mais acentuado no norte e centro do país, dando origem a taxas de crescimento negativo em alguns distritos, sobretudo do interior.

Assim, a evolução da população portuguesa desde a década de sessenta apresenta algumas fases bem distintas: ligeiro aumento no início e decréscimo no final da década. Novo crescimento nos anos setenta que se acentua até 1974. *"Crescimento demográfico explosivo nos anos 1974 e 1975 com taxas médias de crescimento de 3% e 5%, respectivamente"* (INE, 1999, p. 9). A partir daqui, continua a verificar-se aumento,

mas não tão elevado, até ao final da década, iniciando-se uma desaceleração dos ritmos de crescimento nos anos 80 com passagem a *"taxas de crescimento negativo"* e ritmo de crescimento muito lento nos anos seguintes. O saldo fisiológico negativo (em média um filho e meio por casal) – característica comum dos países desenvolvidos – tende para um acentuado desequilíbrio social, fruto da não renovação populacional. Esta tendência prejudica o crescimento global e equilibrado, aumenta a população idosa, diminui a população jovem e desequilibra-se a população activa que " *...económica e socialmente, terá de sustentar um grande peso de inactivos – crianças e terceira idade alargada"* (Bernardo, 1998, p. 62). E deste modo, o envelhecimento da população poder-se-á avaliar através da análise dos grupos funcionais, comparando o peso relativo dos grupos etários, em especial dos mais idosos sobre a população total.

As projecções da população, *"assentes numa ligeira subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo, indiciam uma estrutura etária envelhecida."* (INE, 1999, p. 19), o que se traduz, efectivamente, por alterações no equilíbrio entre diferentes idades e gerações. Os idosos não cessam de aumentar, prevendo-se que entre os anos 2010 e 2015 ultrapasse os jovens: "*O peso dos idosos atingirá os 18.1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para16.1%. Actualmente situa-se em 14,7% e 17,6% respectivamente"* (ibidem, p. 19). De referir ainda que o crescimento não é homogéneo e assistir-se-á, segundo a mesma fonte, ao aumento da proporção da população com 75 e mais anos, que se elevará a 7.7% em 2020 contra 5,6% em 1995.

As causas imediatas deste fenómeno têm a ver com o declínio gradual dos nascimentos – como já foi referido anteriormente – e aumento da esperança de vida, decorrente da melhoria das condições sanitárias e assistência social, reduzindo deste modo as taxas de mortalidade geral. Note-se, no entanto, que a quebra de nascimentos está associada a diversos fenómenos já apontados, e outros, entre os quais a redução da nupcialidade, o casamento tardio e emancipação da mulher, bem como a maior participação desta no mercado de trabalho. Por outro lado, não podemos esquecer o forte impulso das actividades de planeamento familiar entre 1975/76 e os encargos sociais acrescidos, decorrentes de famílias numerosas e, na maioria das vezes, não satisfeitas com o sistema de segurança social.

Daqui se conclui que na última metade do século passado, a forte emigração, a guerra colonial e outras causas já apontadas anteriormente, conduziram às alterações da

estrutura etária da população portuguesa, determinando um envelhecimento acentuado. De lembrar, também, que após o término da Guerra Colonial, assistiu-se à vinda de população das ex-colónias – os chamados retornados – e ao regresso de muitos emigrantes, que sempre desejaram voltar ao seu país, já com melhores condições de aqui residirem. Os números demográficos registaram essa invasão, atrasando um pouco o envelhecimento demográfico que se vinha a verificar.

Este aumento da população idosa não se verifica só pelo aumento da esperança de vida *"...uma vez que esta se alarga essencialmente devido à diminuição da mortalidade nos primeiros anos de vida e não nos últimos"* (Paul, 1991, p. 25). Julga-se que o principal factor de envelhecimento da população portuguesa seja o declínio da fecundidade: *"...o principal factor responsável por este fenómeno foi o declínio da natalidade, ou mais precisamente da fecundidade"* (Nazareth, 1994, p. 6), provocando um envelhecimento na base da pirâmide etária, acentuando o índice de envelhecimento populacional. A agravar esta problemática, o envelhecimento demográfico português é, também, caracterizado por uma clara assimetria geográfica, coincidente com a reconhecida assimetria sócio-económica, onde são percebidas e, francamente, distintas três zonas:

- Uma zona litoral, pouco envelhecida
- Uma zona intermédia, medianamente envelhecida
- Uma zona interior, muito envelhecida.

No sentido da mesma reflexão, não nos escusamos de afirmar que o nosso Minho interior se situa nesta última (Melgaço, Paredes de Coura, Arcos de Valdevez, Ponte da Barca são dos concelhos mais envelhecidos). Porém, a bibliografia aponta que as regiões mais envelhecidas são o Alentejo, o Algarve e o Centro. As diferenças, hoje encontradas, têm por base as mesmas variáveis já abordadas (processos migratórios, declínio da fecundidade/natalidade) com manifestações mais acentuadas no interior e sul do país.

Verifica-se, ainda, que a longevidade aumenta e a designação do idoso problematiza-se, dando origem a duas gerações: uns da 3.ª idade, já na reforma mas autónomos, outros na 4-ª idade, mais dependentes. A tendência actual é para os grandes idosos (idade igual ou superior a 85 anos), com maior percentagem de mulheres. Os números demográficos portugueses (e mundiais) são, de facto, assustadores e sem precedentes: o envelhecimento impressiona e preocupa.

O Distrito de Viana do Castelo é uma área caracterizada por uma evolução populacional distorcida, com um peso muito elevado da população idosa (65 e mais anos) em detrimento dos jovens e da população potencialmente activa. O fenómeno de envelhecimento demográfico, foi bem expressivo nos últimos recenseamentos: a proporção de idosos de 16.7% em 1991 ascendeu a 18.9% em 2001). Assume, também, particular significado o número de mulheres idosas que representam 60.2% do total desse grupo etário. Neste período, o índice de envelhecimento aumentou de 80,7 para 132,4 idosos por 100 jovens, o que significa que o número de idosos a residir no distrito ultrapassa o dos jovens. Deste modo, é considerado, pela sua situação de precariedade sócio-económica, um distrito-problema. (Quadro n.º 3 e n.º4).

Os surtos de emigração nas décadas de 30/60 tiveram como efeito uma quebra acentuada na população residente. Os números são o espelho desse êxodo, onde o grupo etário – velhos – é quase igual ao dos jovens dos 0 a 14 anos, conforme ilustra o quadro n.º 3:

Quadro n.º 3 – População residente segundo grupos etários e sexo – Distrito de Viana do Castelo e Continente (1991-2001)

Área Geográfica		Ano de 1991				Ano de 2001			
		Portugal		Distrito		Portugal		Distrito	
Grupo Etário		População	%	População	%	População	%	População	%
0-14 anos	HM	1 971 658	20.0	51 600	20.6	1 649 015	16 0	37 248	15 1
15-64 anos	HM	6 548 704	66.4	156 808	62.7	6 977 445	67 5	163 163	66.0
≥65 anos	HM	1 342 308	13.6	41 653	16.7	1 709 099	16 5	46 641	18.9
	H	557 308	5.7	16 595	6.6	717 182	6 9	18 116	7.3
	M	784 899	8.0	25 058	10.0	991 917	9.6	28 525	11.6
Total		9 862 670	100.0	250 061	100.0	10 335 559	100 0	247 052	100.0

Fonte: INE: Censos -1991 e 2001

Este distrito, isolado no extremo norte, depende das relações fronteiriças com a vizinha Espanha e com outro pólo de atracção, a capital do norte – o Porto – segunda cidade do país. Esta região compreende uma zona onde a população activa se distribui com maior intensidade pelo sector de actividade primária, desenvolvendo uma agricultura do tipo familiar, rudimentar, de subsistência e, cujo valor acrescentado bruto é insignificante.

Parte dos terrenos, são hoje propriedades abandonadas, sem cultivo, porque os seus proprietários vão perdendo as forças e o estímulo no mísero lucro que daí retiram. Os bens de consumo, para o dia a dia, são adquiridos pelas suas parcas reformas. Os dados estatísticos referem que *"...a incidência de pobreza é mais forte nos agregados com idosos, apresentando os idosos sós e casais de idosos maior vulnerabilidade. Mais de metade dos idosos sós situavam-se abaixo do limiar da pobreza"* (INE, 1999, p. 46).

No sector secundário, *"apenas 141 empresas industriais estão referenciadas e ocupam somente 6 438 trabalhadores dos 36 141 activos"* (Catarino, 1996, p.61). E, no Conselho de Viana do Castelo, o Recenseamento Geral da População regista 40 931 indivíduos com actividade económica e 33 638 sem actividade económica.

Numa região onde se verifica um certo atraso, com elevada taxa de analfabetismo – 25.7% no distrito e 20.3% no continente (INE, 1991,p. 98), regista-se um aumento no índice de envelhecimento de 1991 para 2001, como se pode observar no quadro n.º 4 e figura n.º1.

Quadro n.º 4 – Indicadores demográficos – Distrito de Viana do Castelo e Continente (1991/2001)

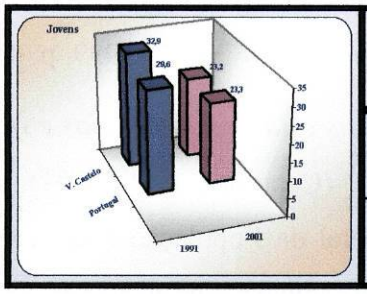
	Ano de 1991		Ano de 2001	
	Portugal	Distrito	Portugal	Distrito
1 - Índice de envelhecimento	69.5%	80.7%	104.5%	132.4%
2 - Índice de dependência – Total	50.6%	59.5%	47.7%	54.0%
3 - Índice de dependência – Jovens	29.6%	32.9%	23.3%	23.2%
4 - Índice de dependência – Idosos	20.5%	23.2%	24.4%	30.7%

Fonte: ARS – Norte, Sub-Região de Saúde de Viana de Castelo: Relatório de Actividades 2002

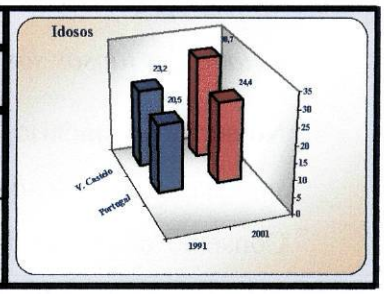
Relacionando os anteriores dados com o decréscimo observado na taxa de fecundidade e de natalidade, podemos afirmar que a tendência para o envelhecimento da população se acentua.

Esta problemática é assustadora, em termos de planificação do desenvolvimento do distrito e da própria saúde, ao analisar-se os índices de dependência dos jovens e idosos comparativamente ao grupo activo.

Figura n.º 1 – Índice de dependência de jovens e de idosos – Distrito de Viana do Castelo – 1991/2001.



	1991		2001	
	V. Castelo	Portugal	V. Castelo	Portugal
Índice de Dependência de Jovens	32,9	29,6	23,2	23,3
Índice de Dependência de Idosos	23,2	20,5	30,7	24,4



Através do *"Plano de Saúde do Alto Minho"* apresentado já em 1990, pudemos constatar que no Vale do Minho em 1981, 16.1% da população com mais de 65 anos vivia sozinha e 22% aos pares e que no Vale do Lima estes valores são respectivamente de 14.6% e 19%, números que ainda hoje parecem manter-se. Os factores directamente ligados a essa situação são, sem dúvida, os factores culturais e de migração dos jovens à procura de trabalho ou de um melhor futuro, provocando um maior isolamento do idoso. Lembramos ainda, os fracos recursos financeiros destes indivíduos, as precárias condições habitacionais e insuficiente capacidade de resposta dos serviços de apoio aos idosos. Tal situação, que representa em si uma baixa qualidade de vida deste grupo populacional, tem repercussões no nível de saúde, acrescentando problemas e limitações várias, condicionando mais ainda a qualidade de vida dessas pessoas. Outra questão que se coloca, prende-se com a dificuldade de acompanhamento dos idosos, com doenças crónicas que exigem cuidados progressivos ou continuados com recursos materiais e humanos adequados.

Vivemos um período de profundas e rápidas alterações como provavelmente a Humanidade nunca teve ocasião de conhecer, visto que a esperança de vida aumenta, actualmente, um ano em cada quatro. Trata-se de uma realidade com repercussões sociais, numa sociedade que não se preparou para este fenómeno. Esta preparação teria de incluir várias vertentes:

- No plano biológico
- No plano psicológico e afectivo
- No plano social e económico

No plano biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma notórios, se traduzem por modificações no aspecto, pela forma de caminhar, pelas rugas que pouco a pouco sulcam a pele, por aumento de doenças. A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. No plano psicológico e afectivo as alterações também surgem de forma muito dramática se não houver oportunidade de manter e estimular as actividades intelectuais, motivações e interesses de vida com qualidade. Por último, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma, o seu prestígio tende a diminuir. *"Uma boa saúde e boa forma física são factores extremamente importantes da qualidade de vida das pessoas de idade. Mas estas condições não constituem, por elas mesmas, a solução da velhice. Os idosos de boa saúde vivem permanentemente a crise da velhice"* (Laforest, 1991, p. 55).

Será importante integrar os ensinamentos de Maximilienne Levet que compara *"...os valores encarnados e actualizados pelas pessoas idosas"* aos valores do planeta: *"...o planeta é lento, muito lento"; (...)"o planeta é frágil"* e o homem tem contribuído para estragos irremediáveis. Estes valores em harmonia com o ritmo cósmico, têm de nos fazer pensar e, tomar consciência de que, tal como a Terra *"não se pode perpetuar nas condições devidas e que, se o género humano quer sobreviver com ela, será preciso tratá-la bem"* (1998, p.109), os idosos têm de ser preservados, valorizados e estimados. São testemunhos de valores e cultura, indispensáveis ao equilíbrio e boa harmonia social.

2.3 - O IDOSO E A ESPERANÇA DE VIDA SEM INCAPACIDADE

"Realmente é-se velho quando conta
mais o passado que o futuro.
Por isso mesmo, os conservadores
envelhecem antes que os progressistas"

Martínez Fornés

O processo de envelhecimento e sua consequência natural – a velhice – sempre constituiu preocupação do Homem, desde as mais remotas civilizações. Saber porque e como se envelhece, que fenómenos acompanham a incapacidade funcional provocados pelo peso dos anos, sempre foi propósito de investigação de muitos cientistas com o

intuito de saber prolongar a vida, sem incapacidades. Porém, os grandes avanços na ciência do envelhecimento só florescem no século XX, com as descobertas de Elie Metchnikoff e a sua convicção de que a especialidade de gerontologia (do grego *gero, gerontos* – velho e *logia* – teoria/estudo) iria revolucionar o estudo das modificações que ocorrem no curso do último período da vida humana. "Ciência de encruzilhada...", "*ciência de muitas facetas, a gerontologia é o local de encontro de disciplinas tão diversas como a sociologia, a psicologia, a filosofia, a biologia, a economia...*" Levet, 1998, p. 7), e, confrontada com a pluralidade destas e outras disciplinas, vai reflectindo a complexidade do envelhecimento, num teatro de contradições múltiplas e profundas.

O estudo clínico da velhice é outra especialidade – Geriatria – que surge na medicina pelo pensamento de Ignatz Nascher, um médico de Viena a residir nos Estados Unidos. É considerado o pai da geriatria e fundador da Sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912. Este vulto da medicina, estimulou também pesquisas sociais e de biologia sobre o envelhecimento, e desde então os estudos mais profícuos vão resultando numa "*concepção menos pessimista sobre a evolução da decadência e da degeneração do ser humano com o avançar dos anos*" (Freitas, 2002, p. 3). Estas pesquisas, e outras que mais recentemente têm surgido, vão ajudando a construir um saber multifacetado sobre os processos de envelhecimento e da velhice, permitindo a compreensão dos limites entre envelhecimento primário – senescência – e envelhecimento secundário – senilidade – bem como as patologias mais comuns nas idades avançadas da vida, e também as diferenças entre o envelhecimento saudável ou bem sucedido e um envelhecimento precoce ou decadente. Para estes saberes contribuíram muito outras ciências como a biologia molecular e celular, a fisiologia, a bio genética e muitas outras.

Ver esse fenómeno só pelo prisma biofisiológico será desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e económicos que pesam sobre eles. Parece-me ser relevante ter uma visão global do envelhecimento como processo e, sobretudo, ***do idoso como ser humano***. Este é um desafio para os cientistas e para toda a sociedade: A ciência tem de procurar novas soluções, novas perspectivas, novas esperanças que possam contribuir para criar uma sociedade futura mais humana.

Todos conhecem as razões do aumento da esperança de vida e da evidência da longevidade. Este fenómeno considerável é consequência daquilo que o ser humano alcançou, na conquista de melhores condições de vida, no desenvolvimento das ciências, nas mudanças da habitação, na alimentação e em práticas sociais e, portanto,

na modificação de todo o seu meio ambiente. É o resultado de tudo que o homem produziu em seu favor, originando modificações orgânicas e de mudança no funcionamento do corpo, do sistema nervoso, do sistema imunológico e do sistema hormonal, com fortes repercussões na sua longevidade. Foram (e são) estas melhorias nas condições de vida que lhe permitiram, ou não, uma *" longa vida"* ou *"extensão do tempo passado a viver"*. Mas, só entendendo o que é efectivamente a vida se compreenderá o que é a velhice.

Como afirma Péquinot," *não existe uma definição científica de velhice*". Como já afirmamos anteriormente, o processo de envelhecimento humano é resultado de genes que controlam a longevidade; do ambiente ecológico que nos rodeia; do ambiente social e cultural em que nos desenvolvemos e vivemos; dos modos de vida individuais e colectivos; do conhecimento do organismo humano e das suas necessidades (alimentação, exercício/actividade, lazer e outras); dos riscos existentes; e de toda uma gama de factores que cada indivíduo combina desigualmente, em função da cultura e de muitas outras condicionantes que rodeiam a complexidade humana. Envelhecer é um processo natural que se inicia no começo da vida (gestação) e tem o seu término na morte; é inerente ao processo de desenvolvimento e existe em qualquer idade. Prevalece a perspectiva de que o ser humano evolui e se vai modificando, sendo a adaptação, em qualquer idade, a pedra de toque do sucesso biológico. Cada pessoa envelhece em função da maneira como viveu. É um processo único e diferencial. Assim, se ao longo da vida a pessoa foi activa, criativa, sociável, autónoma, equilibrada, etc., com o passar dos anos, quando for mais velha é previsível que continue a manter este ritmo.

O aproximar do *" marco"* da reforma – 65 anos – a redução de postos de trabalho, o défice económico / financeiro que o país apresenta, o encerramento de muitas empresas com inevitável desemprego, são alguns dos factores geradores de mais e maior insegurança nas pessoas de meia-idade. Umas procuram a aposentação antecipada, única fonte de pecúlio financeiro; outras, são empurradas para o desemprego, pelas sucessivas recusas de novos postos de trabalho. Umas e outras envelhecem forçada e apressadamente... ainda não sendo rotuladas de idosas, mas a realidade apressa-as a consciencializarem a decadência final.

Os mecanismos pelos quais a matéria viva se gasta são muito variados: mutação dos genes, alteração ou presença de algumas proteínas, acumulação de gorduras, presença de radicais livres e muitos outros intervenientes. Está comprovado que a matéria viva

perdura mais do que a matéria inanimada. O que é aparentemente mais sólido no nosso corpo e aparentemente não mexe, os ossos, renovam-se menos depressa que a pele ou o intestino. Daí, o grande poder dos fenómenos de regulação produzidos pela alimentação e respiração. O exercício e a actividade são condições que propiciam essa boa regulação. É importante promover o envelhecimento em plena actividade.

Sendo o biológico influenciado por outros factores, envelhecer é, também, um processo experiencial subjectivo, que pode definir-se como auto-regulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência. Qualquer experiência é modelada pela situação social em que as pessoas se encontram. O idoso tem uma dimensão individual e colectiva, ou seja, é **indivíduo e pessoa**. É portanto um ser dotado de intencionalidade e condicionado pela cultura em que vive imerso. Poderia citar Ortega y Gasset: *"eu sou eu e a minha circunstância"*, o que leva a reflectir que **cada pessoa é única e envelhece em função da maneira como viveu e vive**. Este é um dos aspectos importantes na preparação da sociedade para integrar o idoso.

Embora se envelheça cada vez mais tarde, grande número de idosos conserva durante muitos anos, um razoável estado de saúde e de vitalidade. **Ser idoso não significa, necessariamente, ser doente.** Muitas das alterações da idade são relativamente benignas, permitindo que a pessoa continue a funcionar, mantendo o seu lugar na sociedade. Porém, à medida que os anos avançam, estas pessoas são, pela diminuição física, psíquica e social, mais vulneráveis à doença e à morte. É assim que os hospitais são povoados de pessoas idosas.

Os estudos epidemiológicos em Portugal, e noutros países, relatam uma maior morbilidade e mortalidade deste grupo etário A sua menor resistência aos factores agressores de qualquer natureza, aliada a uma reduzida capacidade de adaptação, a maior lentidão e dificuldade de reposição do equilíbrio alterado, e ainda, agravada por uma maior susceptibilidade a infecções e outras patologias, são, talvez, as causas mais comuns de um **padrão próprio de doença na pessoa idosa**. Em termos de morbilidade, existe uma elevada prevalência de determinadas patologias na população idosa, sendo as mais referenciadas: os reumatismos, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crónicas, diabetes e doenças mentais. Os progressos biomédicos, a melhoria das condições de vida podem permitir ao idoso mais e melhor saúde. No entanto, numa sociedade de consumo, onde tudo envelhece rapidamente, o idoso depressa conclui que este tempo não é o seu, porque é tão – só dos mais jovens. A perda do valor social do

conhecimento e da prática dos mais velhos implica a correspondente perda de prestígio das funções que os idosos podem ainda desempenhar. Perfilhamos a ideia de que *"...o equívoco actual consiste em apresentar os conhecimentos tradicionais dos velhos frente aos saberes contemporâneos dos jovens, como se para aproveitar uns tivesse de negar os outros. Aqui reside a falência do planeamento, já que ambos são indispensáveis numa sociedade"* (Moragas, 1995, p. 35).

Num estadio de decadência, os idosos enfrentam uma sociedade em mudança, família diferente, perdas significativas no seu prestígio sócio/ profissional e cultural e, quantas vezes desenraizamento da sua casa e do seu lar. Viram partir os amigos dos seus cinquenta anos, que deram sentido ao enraizamento familiar e social...ou simplesmente os deixaram na sua aldeia, se as contingências da vida os mobilizaram para outros locais. Tudo isto vai conduzindo a um estado de solidão associado à vulnerabilidade de morte próxima...potenciando isolamento e depressão.

Mas o que se lucra com a longevidade biológica, conseguida pelos avanços da ciência da vida (a genética), da biologia, da higiene se é negado ao ser humano idoso o diálogo homem – mundo e o anulamos como pessoa? Os múltiplos aspectos do envelhecimento e da velhice justificam a ideia, já exposta, de que o estado de saúde transcende os limites puramente biológicos e que a qualidade de vida resulta da complexa interligação entre os aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, além das condições socioeconómicas e dos factores ambientais.

As atitudes em relação aos idosos reflectem frequentemente, o valor central do economicismo triunfante, já que o idoso produz e consome pouco. Por outro lado, os idosos são afastados de muitas actividades, não sendo considerada a sua contribuição efectiva para a sociedade. A perda do valor social do conhecimento e da prática dos mais velhos, implica a correspondente perda de prestígio das funções que os idosos podem ainda desempenhar. Ao longo da sua existência foram criando múltiplas expectativas com o mundo, numa evolução simbiótica da ciência, tecnologia, produção, rendimento, consumo, bem-estar, segurança....em todo um conjunto de experiências históricas vividas! Estas expectativas foram profundamente goradas. Goradas no nível mais elementar, que é a (in)certeza no futuro e segurança no Estado – Providência, hoje em rotura total e em franca mudança no rumo de novas políticas para a segurança social. Este ambiente em geral é percebido por estas pessoas, de uma forma dramática e

angustiante, mesmo quando o discurso oficial assume o idoso como pessoa a proteger, a celebrar, com qualidades necessárias à sociedade e com uma dignidade a respeitar.

Vivemos numa sociedade que subestima os mais velhos, como se tudo de bom só acontecesse ***aos*** e ***com*** jovens. Será a juventude a única idade mágica do nosso percurso de vida? Ou será a magia dos anos que perturba os mais novos, não sabendo encontrar neles a sabedoria da vida: saber para compreender, compreender para amar?

Desde que foi proclamado pelas Nações Unidas o Ano Internacional do Idoso em 1999 com o lema "*POR UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES*" que se procura dar relevo a este grupo social e situá-lo devidamente na sociedade actual. Nas últimas décadas muito se tem estudado, investigado e publicado sobre a idade mais avançada. Está na hora de contrariar os preconceitos que se geraram em torno do *"envelhecer"* e do *"morrer"*, valorizando esta etapa da vida e ultrapassando a ideia de que o idoso é um condenado à fragilidade e doenças ou que o envelhecimento é uma decadência.

Os idosos são os construtores do mundo. Os conhecimentos acumulados na humanidade são fruto das gerações passadas, capazes de transmitir ao mundo contemporâneo todo o seu saber e experiência. "*Cada vida humana constitui uma aventura única que nunca se produzira e não se produzirá jamais"* costumava afirmar Almerindo Leça, um grande defensor do valor da pessoa idosa. O homem nasce com inúmeras potencialidades, mas só com a educação se diferenciam e desenvolvem capacidades de auto-transcendência e autosuperação. No seu próprio interesse as pessoas "*...têm que cultivar as suas qualidades físicas, psicológicas e profissionais.*" (Degado, 1993, p. 12). É importante lutar contra a tendência das pessoas viverem os seus últimos anos como uma espera passiva pela chegada final. É necessário educar para a autonomia de viver porque a educabilidade é possível em todas as idades. Gastar as energias valorizando a vida e aprendendo a viver. O que se pode fazer hoje para viver mais e viver melhor? No dizer de Edgar Morin, "*...aprender a viver, significa preparar os espíritos, para enfrentarem as incertezas e os problemas da existência humana"* (1999, p. 14). É com este espírito que se faz a promoção da longevidade activa e com autonomia: **aprender a viver e ser feliz.**

Os grandes problemas que afligem os idosos, neste fim de século, não se limitam à doença. Esta é talvez o problema menos importante, se analisarmos a acentuada evolução que o conhecimento científico tem operado na aproximação entre **esperança**

de vida e esperança em saúde. Situações como solidão, o sentido da perda dos contactos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e perda de autonomia, são os novos e velhos motivos de perturbação e mau estar para os idosos. "*Ao longo do ciclo vital, a saúde e a doença fazem parte de um contínuum, em que coexistem:*

- *A perda progressiva de capacidade do corpo que não se renova;*
- *A transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos;*
- *A perda de autonomia e a morte social"* (Costa 2002, p. 42).

Perante tantas perdas, a sociedade tem de preparar-se para dar resposta à multiplicidade de problemas que a senescência poderá apresentar. O desafio fundamental reside em permitir às pessoas ***morrerem o mais idoso possível*** e, também, ***viverem uma velhice bem sucedida.***

Mas o que se entende por velhice bem sucedida? Para vários autores, (Baltes e Baltes, 1995; Garfin e Herzog, 1995; Hazard, 1995; Fontaine e col., 1977) os critérios mais referenciados são a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, o controlo pessoal ou a conservação da autonomia própria e o bem-estar – um dado muito subjectivo. **Velhice bem sucedida** será, pois, **envelhecer num processo de equilíbrio saúde/ doença**.Mas, ser idoso é uma realidade difícil, face às mudanças sociais do nosso tempo. Estas constatações parecem relacionar-se, mais ou menos intensamente, com o isolamento, a família, o trabalho, os tempos livres, constituindo necessidades de saúde sobre as quais importa reflectir. Reflexão que se impõe em torno da instituição familiar de hoje, com concepção diferente de ontem, com várias formas de estar em família, em que o poder dos mais velhos se foi decepando sem qualquer preparação para a fase que vive agora, gerando uma sociedade que os não integra. Uma sociedade que subestima os mais velhos, como se tudo de bom só acontecesse aos e com jovens. Será a juventude a única idade mágica do nosso percurso de vida? Ou será a magia dos anos que perturba os mais novos, não sabendo encontrar neles a sabedoria da vida: saber para compreender, compreender para amar?

Ao longo da sua existência foram criando múltiplas expectativas com o mundo, numa evolução simbiótica da ciência, tecnologia, produção, rendimento, consumo, bem-estar,

segurança....em todo um conjunto de experiências históricas vividas. Estas expectativas foram profundamente goradas. Goradas no nível mais elementar, que é a (in)certeza no futuro e segurança no Estado - Providência, hoje em rotura total e em franca mudança no rumo de novas políticas para a segurança social. Este ambiente em geral é percebido por estas pessoas, de uma forma dramática e angustiante, mesmo quando o discurso oficial assume o idoso como pessoa a proteger, a celebrar, com qualidades necessárias à sociedade e com uma dignidade a respeitar.

A política de saúde e política social com maior implementação desde 1999 (Ano Internacional do Idoso), despertou a solidariedade intergeracional, dinamizou parcerias em cuidados e nas actividades de manutenção de vida, conjugadas por autarquias, associações religiosas, centros de dia e outros. As respostas comunitárias canalizaram-se para os mais carenciados económica e socialmente. Que soluções para os indivíduos outrora *"mais favorecidos"*, isolados ou *"apagados"* do ciclo de relações socio-afectivas e comunicacionais? Estes, decerto, que aprenderam a sua própria impotência frente ao esquecimento familiar e social, remetem-se a um isolamento pouco comunicativo construído em resposta a um ambiente onde a ajuda eficaz desapareceu. O sofrimento é verdadeiramente mudo. Parece silencioso porque não queremos ouvi-lo.

A família e a sociedade não respondem, ainda, a necessidades de segurança, comunicação, apoio/afecto, estabilidade económica, cuidados na doença...Quem e com que programas, se poderá intervir para proporcionar um envelhecimento saudável? Teremos de encarar a problemática do envelhecimento e das suas consequências não com uma visão pluridisciplinar mas, sobretudo, numa **abordagem interdisciplinar**, assumindo assim o papel que é de todos e de cada um.

Os problemas dos idosos têm sido tratados, com as orientações estratégicas governamentais (e estas bebendo das orientações da Comunidade Europeia como pressupostos incontestáveis), que nem sempre se adaptam ou ajustam a realidades locais. Segue-se por vezes, o princípio da universalidade selectiva, isto é: *"a garantia de ser proporcionado tratamento idêntico a todas as pessoas que se encontram nas mesmas condições"*. E como se avaliam as condições para dar a cada um o que lhe é devido, num princípio de **equidade**? E que benefício se operou ou como foi utilizado um *"bem"* oferecido?

Apesar do trabalho notório e louvável de muitos organismos públicos e privados, movimentos de voluntariado, instituições particulares, associações religiosas e outros,

para prevenir e/ou solucionar problemas sociais de idosos, registam-se, ainda, actuações marcadas por um forte individualismo e exclusão institucional. Não existe um trabalho coordenado. Refirimo-nos ao distanciamento, à indisponibilidade (e até cisões) que existe entre as estruturas envolvidas nos projectos. Cada um caminha sozinho...Partilhar as experiências (e meios) não será uma forma de melhor distribuir os escassos recursos?

Eis alguns pressupostos a considerar no encaminhamento e orientação de respostas comunitárias:

a) **Os idosos são uma população heterogénea**. Falar de velhice é construir um universo de pessoas diferentes: no carácter, nas condicionantes de vida – físicas, económicas, culturais, etc. – nas várias formas de experiênciar o seu processo de senescência. Há que encontrar respostas ajustadas e partilhadas com cada idoso.

b) **A velhice integra um processo histórico**. O seu desenvolvimento e interiorização é próprio de cada espaço/tempo, não se repete. Será impossível, e até impensável, fazer extrapolações aos modelos de outras épocas, mesmo que deles se tenham recolhido os melhores exemplos. Será com o idoso que se tem de procurar o gosto pela vida e capacidade para continuar a viver.

c) **Os idosos são elementos do sistema de estratificação da sociedade**. As considerações sobre idosos não dependem só das suas características, mas também dos comportamentos ditados por normas sociais que orientam os papéis e atitudes que são considerados próprios destas pessoas. São os idosos que terão de assumir o seu papel social e não o que lhe é imposto por aqueles que os rodeiam.

d) **Ser idoso: um componente do (trans) curso de vida**. Conhecer a pessoa idosa sem ter presente a sua existência como um todo do seu desenvolvimento pessoal é inconsistente. O papel da idade adulta no percurso final de vida permite integrar a educação e desenvolvimento próprio como princípio vital desta etapa da vida. Não se poderá efectivar uma mudança nos cuidados aos idosos sem o interesse de plena participação e interacção com os seus conhecimentos e as suas capacidades.

A desejável proximidade **com** e **pelo** cidadão idoso, a todos os níveis, esbarra com distanciamento geográfico, institucional, organizacional ou até hierárquico. A actuação é pautada, grande parte das vezes, por normas ditadas pelos interesses institucionais,

orientações de direcção, subsídios disponíveis (ou a desbloquear), e não em função do utente – PESSOA IDOSA.

2.4 - O IDOSO NA CIDADE SAUDÁVEL

"A cidade tem praças de palavras abertas...
A cidade tem ruas de palavras desertas..."

Ary dos Santos, 1970

O fenómeno da urbanização que teve um impulso depois da segunda guerra mundial, conhece, hoje, uma amplitude que poucos esperavam, aumentando vertiginosamente em número e dimensão. Em todo o mundo, mas muito particularmente na Europa, grande parte da população vive nas cidades e seus arredores. Problemática esta, ainda mais premente, tratando-se de indivíduos com 65 e mais anos da realidade portuguesa. O seu êxodo para a cidade, na idade activa, foi uma constante do século passado, sobretudo no limiar dos anos 50/60, período de grande impulso da economia e de algum desenvolvimento industrial. Ainda hoje, para alguns idosos, a cidade constitui o local prioritário de residência, porque aí se encontram múltiplos serviços à sua disposição.

Não vai longe o tempo em que a maioria da população se dedicava à agricultura. Vivia na aldeia, nos arredores da cidade, cultivando os campos. As pessoas nasciam em casa, residiam na propriedade da família, onde, quando adultos trabalhavam para prover ao seu sustento e, na velhice, terminavam aí os seus dias. Hoje a actividade rural foi reduzida ao mínimo. As mudanças dos últimos 50 anos vieram inverter a situação.

Em poucos anos, a população agrícola passou de quase quarenta por cento a menos de seis por cento (Barreto, 2005). O êxodo rural consumou-se, o nosso mundo é cada vez mais urbano. A ruralidade é para os velhos (demasiado ligados à terra que os viu nascer), ou destinada a fins-de-semana da classe média enriquecida. Ao contrário, os serviços citadinos e a urbanização cresceram a ritmos muito a celerados. As cidades transformaram-se em aglomerados caóticos, sem planeamento nem ordenamento, onde cresce a violência e se torna cada dia mais difícil viver, porque *"...a cidade é crescentemente plural e complexa"* (Carneiro, 1997, p. 403).

As cidades foram construídas no decurso dos séculos passados, por uma população cuja esperança de vida era curta, não ultrapassando os 45/50 anos no início do século passado. Desde aí, pouca preocupação houve para compatibilizar a cidade com a idade dos seus habitantes.

A cidade modernizou-se, adaptou-se às exigências do tráfego automóvel, por vezes em detrimento dos espaços para piões e esquecendo a perda progressiva das capacidades físicas destes e da sua progressiva lentidão. *"Esta indiferença à velhice, esta cegueira dos urbanistas, conduziram ao afastamento da população idosa..."* (Levet, 1998, p. 87) e têm contribuído para o seu isolamento e solidão. *"A cidade, que na juventude e na vida adulta, é vivida e sentida como um factor de libertação, transforma-se com a idade, num sistema de clausura e exclusão"* (ibidem, p. 90).

As casas foram construídas, no auge da sua juventude, sem pensar nos problemas de locomoção. As ruas para permitirem a passagem dos veículos motorizados, capazes de responder às necessidades crescentes de bens e serviços. Com o decorrer dos anos, os idosos defrontam-se nas deslocações que têm de fazer, com numerosos problemas. Os obstáculos dos percursos a pé, as dificuldades dos transportes públicos quando realizam saídas para fora do bairro em que habitam, acumulam os motivos de desencorajamento: subidas e descidas dos autocarros impraticáveis para indivíduos com incapacidade, perdas de equilíbrio durante os trajectos; ruas íngremes; táxis caros para bolsas pouco recheadas; os possuidores de cadeiras de rodas ficam prisioneiros nas suas casas e alguns em andares isolados. A acessibilidade para todos é, ainda uma miragem, e a classificação/estruturação urbana ou a sua organização administrativa segundo o seu campo de actividade – comércio, administração, serviços, recreio ou lazer – exige que as pessoas se possam deslocar com facilidade.

O estilo de vida das pessoas do campo ou das cidades é diferente. O espaço público é mais reduzido no meio citadino, há maior privacidade, mais estruturação, menos possibilidade de relação espontânea, dispersão de serviços, horários mais restritos. A tendência ao isolamento é também mais acentuada. A vida rural une mais as pessoas, facilita as relações, o trabalho é partilhado e estimulado, passando despercebido o momento da reforma ou jubilação. O ritmo de vida e de actividade mantém-se. O ciclo de vizinhos é mais forte. Os espaços são mais flexíveis e humanos. O apoio social e as boas relações contribuem para uma vida saudável, ajuda a dar às pessoas os recursos emocionais de que precisam.

Na cidade, os idosos, ficam limitados ao seu espaço domiciliar ou têm de procurar nas instituições, a alternativa do contacto social e ocupacional que necessitam e que não podem usufruir no seu ambiente de proximidade. A coesão social – que se traduz por respeito mútuo na comunidade e na sociedade – ajuda a proteger as pessoas e a sua saúde.

Os residentes na cidade podem, no entanto, aceder facilmente à informação, ao correio fácil e, actualmente, aos meios informáticos e à internet. No meio rural tudo se torna mais difícil e longínquo.

Mais recentemente, os idosos das cidades são vítimas de dois fenómenos urbanos: por um lado a renovação dos centros da cidade, dos imóveis antigos, da recuperação dos centros históricos, empurrando os velhos aí residentes para a periferia da cidade; por outro lado, o modo de vida urbano, mais barulhento, mais competitivo e agressivo, obriga-os a fecharem-se progressivamente num território cada vez mais limitado e reduzido à superfície do alojamento. O comércio vizinho, habitual ponto de abastecimento dos géneros necessários, que constituía motivo principal de saída diária, foi desaparecendo. E, assim, *"...é todo o tecido social urbano das pessoas idosas que se esboroa, e o seu isolamento acentua-se"* (ibidem, p. 91).

As áreas metropolitanas são o espelho dos grandes desequilíbrios sociais: zonas seleccionadas para a classe alta e média, com condomínios fechados, ocupando os melhores quarteirões do espaço urbano e, ao lado ou na periferia, os bairros degradados para albergar os menos favorecidos economicamente. Nos centros históricos, que vão ficando desertos, permanecem alguns velhos, sem condições de mobilidade (ocupam andares sem elevador) ou de meios que possibilitem vida de qualidade. A gestão urbanística não tem contemplado estas mudanças operadas na sociedade portuguesa, deixando a descoberto a área dos equipamentos sociais.

Em 1990, residiam em cidades dois quintos da população mundial. *"Nos próximos 30 anos, segundo projecções da OCDE, o número de citadinos duplicará..."* (Carneiro, 1997, p. 399). Esta concentração demográfica nas cidades origina graves problemas de ordem estrutural, sanitária e social, com grave declínio da qualidade de vida para as pessoas, sobretudo para os mais vulneráveis, onde se incluem os idosos. *"São crescentemente preocupantes as questões ambientais associadas à expansão desmesurada das cidades; (...) as infra-estruturas não poderão descansar ao mesmo*

tempo que a resposta a necessidades básicas das populações mais carenciadas..." (ibidem, p. 399). Neste sentido, as estratégias de requalificação urbana têm de fundar-se nos princípios da equidade ou seja, da melhoria da saúde da população mais desfavorecida como as minorias étnicas, crianças de risco, deficientes, idosos e outros. " *Numa civilização... em que a mobilidade geográfica e a criação de espaços multiculturais se aceleram, é oportuna a reflexão sobre a situação das pessoas idosas, a família e as novas formas de solidariedade intergeracional*", afirmou Maria Raquel Ribeiro, ex-Directora Geral da Família e Presidente da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade. Não haverá outra forma de fazer frente à situação e dar respostas adequadas aos problemas dos idosos do nosso país.

O envelhecimento demográfico, favorecido pelas condições sócio-sanitárias e os avanços tecnológicos dos últimos anos, originaram uma explosão populacional ímpar, com elevado número de pessoas idosas e cidadãos crónico-dependentes, colocando à sociedade novas exigências no que respeita à sua sobrevivência, à satisfação de suas necessidades, tanto biológicas como afectivas, e garantia de uma vida com qualidade. Esta evolução demográfica representa, com efeito, um enorme desafio na política social e de saúde.

Várias melhorias se vinham verificando (sobretudo a partir dos anos 60) e cobrindo quase que a totalidade da população: a electrificação do país, distribuição de água, saneamento básico, telefone, cobertura de rede viária em locais de acessibilidade difícil, e outras. A escolaridade obrigatória, o investimento feito para alfabetização do povo, o incentivo à formação profissional e ao ensino superior – acesso à escola, à instrução e à cultura – foram outras regalias que permitiram à população portuguesa modificar os seus hábitos, tornar-se mais consumista e procurar uma vida melhor. Foram anos de progresso constante, de melhoramento crescente, de mais qualidade de vida e de bem-estar. O crescimento industrial e dos serviços foi uma constante dos primeiros anos após a Revolução do 25 de Abril. As características dominantes dessa evolução foram *"a aceleração do desenvolvimento económico, a crescente abertura ao exterior e a ausência de grandes desequilíbrios macroeconómicos"* (Lopes, 1996, p. 236). Porém, desde o início da década de 90 que se vem assistindo a um grave declínio da economia, acentuando-se o desemprego e níveis de pobreza. Os idosos são os mais atingidos neste desmoronar económico.

Os idosos foram, no passado, alguém respeitável e reconhecido pela sociedade. Eram considerados sábios, do seu saber de experiência feita e consultados para ajudar nos problemas difíceis. Eram referência nos locais de proximidade (porque conheciam tudo e todos) e, também, historiadores por serem capazes de identificar todas as famílias da região e relatar os vários acontecimentos passados. Eram o suporte da família e da própria sociedade.

As pessoas idosas já não ocupam na sociedade o mesmo lugar que tiveram outrora, no entanto, são mais numerosas e vivem mais anos. São agora, e não raras vezes, considerados peso e empecilho para os mais novos, ou mesmo, *"desajustados"* e *"atrasados"* para os valores culturais vigentes, originando os chamados conflitos intergeracionais. As mudanças operadas a nível nacional (e por todo o mundo) são a razão do declínio de prosperidade e do papel que os idosos assumiam na sociedade.

A Cidade de Viana do Castelo, Princesa do Lima como foi chamada por escritores e poetas, é indissociável do Atlântico e do rio que a circundam, *"vectores que ao longo do tempo geraram negócios e navegação que animaram marinheiros e comerciantes"* (Peixoto, 1995, p. 42) e também com a encosta da montanha de Santa Luzia, que a une a toda uma serrania montanhosa por onde se estende todo o Distrito e que é apelidado de Alto Minho. Esta herança histórica contribuiu fortemente para o crescer desta cidade, onde *"o esforço humano ditou um espaço aberto à comunicação com o mar e com a montanha"*(Lopes, 1995, p. 37). Com o mar, porque junto dele se fundou a linda cidade, cresceu e se densificou a humanização da zona ribeirinha. A pesca e a faina marinha desenvolveram características muito peculiares nas gentes dos bairros piscatórios. O mar foi o grande impulsionador do crescimento da população, que ainda hoje se destaca, com o desenvolvimento do porto de mar e a sua frota marinha. Com a montanha, porque se usaram as linhas de água e os vales como eixos privilegiados de ocupação humana, de circulação e de proximidade com as serranias. Assim se foi alargando a cidade pela encosta, para nascente e para norte, desenvolvendo uma agricultura de subsistência da população citadina. Aí se situaram as maiores quintas dos arredores da cidade.

Mas como afirma a escritora vianense "*a Viana do Mar, a Viana dos Mareantes cria, de facto, um prestígio tal perante toda a sua gente – do litoral ou do interior – que chega a prejudicar-se desleixando os próprios recursos naturais...No campo escasseiam braços para resolver a terra, para semear, para colher"* (Sena de Vasconcelos, 1995, p. 221). De facto, o mar atraía as gentes de Viana. Esta realidade teve um novo e forte impulso

com a criação dos Estaleiros Navais que absorvia toda a mão-de-obra oferecida. Actualmente, com o seu desenvolvimento e crescimento recente, têm multiplicado os níveis de produção e criação de riqueza, tornando-se indispensável no jogo estrutural da economia da região litoral ibérica entre o Porto e Vigo, com capacidade para desempenhar um importante papel no Eixo Atlântico. Foi e é um dos pólos de desenvolvimento e crescimento da cidade. Inserida no programa POLIS, a cidade de Viana do Castelo perspectiva mudanças significativas de melhoria para uma cidade de bem-estar.

As cidades têm de ser, dada a sua natureza e função, acessíveis a todos. Ninguém pode ser excluído. Neste contexto, a acessibilidade começa a ser considerada como a combinação de elementos construtivos e operativos que permitam chegar, entrar, sair, orientar e comunicar, com uso seguro, autónomo, cómodo e digno dos espaços construídos (extensivo também ao mobiliário e ao equipamento) para qualquer pessoa, com alguma incapacidade (Simões, 2004). Acessibilidade centrada na pessoa e na diversidade do ser humano (diversidade dimensional, perceptiva, motora e cognitiva) ou derivadas das perdas e limitações decorrentes do ciclo da vida. A acessibilidade é entendida como contributo para a salubridade das cidades, porque permite a participação de todos os seus habitantes na elevação dos padrões de saúde e de funcionalidade.

Os programas de reabilitação e requalificação da cidade têm de passar por trabalhos multissectoriais e pluridisciplinares, sem ser esquecido o que levou o homem a reunir-se e a viver em cidades. Por adaptar os edifícios, os espaços e o ambiente às necessidades dos residentes. Tem de resgatar a dimensão humana para garantir uma re-estruturação da cidade capaz de garantir a sustentabilidade social, integração e preservação do meio ambiente.

Não há dúvida que, na história da Cidade de Viana do Castelo, existiram factos marcantes na vida das suas gentes e dos seus heróis, que marcaram profundamente o povo anónimo, trabalhador, dotado de uma cultura e de uma forma de estar na vida diferentes de outras zonas e cidades do país. A cidade cresceu, e, hoje, apresenta desafios que não podem ser ignorados. Os vazios, os focos de segregação, o medo instalado (dos outros) e até da mudança intrínseca aos fluxos vitais por que iremos passar, rompem os elos afectivos e as trocas que ligam à urbe (e ligam a todos nós), cidadãos urbanos do século XXI. A preocupação com a qualidade de vida no nosso

quotidiano e com o meio ambiente, tem de ser assumida por todo o cidadão. Só assim, a sociedade poderá alcançar, num futuro próximo, o sonho de uma sociedade mais justa, mais democrática, em que o HOMEM seja a prioridade na ordem das coisas.

Segundo vários trabalhos da OMS, parece estarmos ainda longe de aceitar o processo de envelhecimento como um fenómeno normal, necessariamente acompanhado de limitações e alguns problemas específicos. Ao longo dos tempos e em diversas culturas tem sido muito diversa a atitude das sociedades em relação aos velhos. Também na cultura portuguesa em diferentes classes sociais e resultante das alterações da própria estrutura da família encontram-se atitudes muito diversas para com os idosos. Por um lado, há quem os apoia e venera, aproveitando o seu saber de experiência feita, mas, por outro lado, há quem os rejeita (de modo mais ou menos subtil pelos mais novos), vivendo isolados os seus últimos dias. Há que contrariar este processo, implementar medidas para melhorar os seus estilos de vida, segundo as directrizes dos organismos oficiais, mas "*...acreditando no primado da pessoa humana, a qual se deve constituir em referencial básico para apreciação e avaliação de quaisquer políticas ou reformas*" (Tavares, 2002, p. 4). Sem interiorizar este princípio, trabalha-se ***para*** e não ***com*** o idoso.

Os programas geridos por várias organizações de âmbito mundial, são dirigidos no sentido da obtenção da meta social em matéria de saúde para todos no ano 2000, e a sua estratégia para ajudar os idosos de todos os países, a viver uma vida intensa na comunidade. Derivam da declaração de Alma-Ata na conferência da OMS/UNICEF de 1978. O programa centra-se em cinco dinâmicas dos cuidados de saúde:

- Abordagem multidisciplinar
- Integração dos serviços de saúde e social
- Participação da comunidade nos cuidados
- Reconhecimento do papel de família

De acordo com a OMS "*...a área mais fértil de possibilidades de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis reside, talvez, em políticas e programas que realcem as capacidades de resolução de problemas e de prestação de apoio e de cuidados por parte das famílias e das redes sociais alargadas. Na comunidade deverão existir serviços de apoio com vocação para levar às famílias a ajuda que a sua situação exija*" (OMS, 1985).

Os Estados Membros da OMS concordaram que a primeira meta social deveria ser *"... a obtenção por todos os povos no ano 2000 de um nível de saúde que lhes permita atingir uma vida social e economicamente produtiva"* (OMS, Res. WHO30.43). A Assembleia do Mundo para o envelhecimento começa então a mobilizar uma acção mundial centrada na concretização deste objectivo, realçando o papel da Enfermagem como grande ajuda para a elevação da qualidade de cuidados que os velhos necessitam.

2.5 - CIDADE SAUDÁVEL: CIÊNCIA E CONSCIÊNCIA

"Num mundo já em grande medida urbano, o crescimento das cidades será o factor com maior influência no desenvolvimento, na primeira metade do século XXI"

Francisco Asensio Cerver, 1997, p. 83

A presença do homem e a sua influência no ecossistema tem tido, ao longo dos tempos, consequências muito consideráveis, com implicações graves na sua forma de vida e sobretudo, na dificuldade de readaptação às modificações originadas pela sua própria intervenção no planeta. A civilização e muito especialmente o mundo contemporâneo, provocaram uma alteração muito profunda no meio ambiente, algumas vezes, classificada como nociva e destrutiva do ecossistema. *"Tudo é aparentemente rectificado, coordenado, aperfeiçoado, mas à custa do homem, para sua infelicidade. O seu dia solar de vinte e quatro horas não tem carinho para consigo e ele vive artificialmente, perigosamente. As condições naturais foram abolidas! A moderna cidade industrial radioconcêntrica é um cancro que se desenvolve muito bem!"* (Le Corbusier, 1995, p. 9).

As estratégias de desenvolvimento implementadas depois da Segunda Guerra Mundial, nomeadamente nos países da Europa, privilegiaram um modelo de desenvolvimento, em que o meio urbano saiu vencedor. Até aos anos 60 e início dos anos 70, os fluxos migratórios deslocavam-se do rural para o urbano, da montanha para os vales e planícies, das regiões ou países menos desenvolvidos para os mais desenvolvidos. *"A principal motivação estaria no efeito propulsor causado por empregos melhor remunerados, tanto na indústria como nos serviços, propiciadores de uma maior mobilidade social e melhores condições de vida"* (Diniz, 2002, p. 80). Ao meio rural

exigia-se mão-de-obra e o fornecimento de alimentos, em quantidades gradativas para um número de habitantes que não parava de crescer. Lentamente, a atracção de melhores salários e das condições de vida do meio citadino, levou a sucessivos fluxos migratórios. Se no início a cidade oferecia melhores condições de vida do que no campo, com o afluxo crescente de pessoas, a qualidade de vida foi diminuindo, tornando-se insuportável a degradação do ambiente e as condições de habitabilidade.

As décadas de 70 e 80 com forte capacidade empresarial e industrial, crescimento de serviços e desenvolvimento da economia, impulsionaram o crescimento desordenado das cidades, com algum desequilíbrio para os factores de produção do sector agrícola, desertificação do mundo rural e desenraizamento das populações.

O que atraiu ou atrai as pessoas para os meios urbanos?

A cidade é uma unidade geradora de algum bem-estar e de facilidades, que levam a maioria das pessoas a dar-lhe a sua preferência independentemente de algumas justificações mais concretas – tais como viver em comunidade e não isoladas e distanciadas dos centros económicos ou de serviços. Viver, na cidade, tem também muitas possibilidades. Pode, até, considerar-se fonte de oportunidades de mudança de estatuto socioprofissional ou laboral, de crescimento económico, de melhores condições de vida pela proximidade de recursos, facilidade na obtenção de alguns meios, mais visibilidade, melhor rede de transportes, facilitação no acesso aos serviços. A procura dos centros de formação (até há poucas décadas só se fazia para os grandes centros) ou a entrada no ensino superior era outro motivo para se viver na cidade. Não restam dúvidas, que a procura de melhores condições de vida foi o motor de crescimento e alavanca para o progresso de todas as zonas urbanas.

O homem, com a sua ânsia de melhor viver e comunicar *"...dá o salto na complexidade gregária das formas de vida em comum..."* (Carneiro, 1997, p. 391), procura os melhores espaços para viver, inicia formas de vida colectiva, de partilha e troca de riqueza. Assim se iniciaram os centros de poder económico, político, religioso e social. As pessoas foram-se aglomerando nos locais mais férteis, ou em volta das grandes indústrias, onde encontravam trabalho, ou nos locais mais propícios ao comércio, dando origem às cidades e, mais tarde, às grandes áreas metropolitanas, algumas vezes sem infra-estruturas, equipamentos e estratégias de um desenvolvimento sustentado. Alguns autores afirmam que cerca de 50% da população mundial mora nas zonas urbanas

(Corbusier, 1995; Carneiro, 1997; Cerver, 1997). Entre 1950 e 1990, a população urbana mundial cresceu de 734 para 2390 milhões ou de 29% para 45% do total da população. A maior parte deste aumento verificou-se em cidades de países em desenvolvimento, aumentando cerca de 3% por ano e com tendência a aumentar durante os próximos vinte anos. Este crescimento excedeu a capacidade de proporcionar recursos adequados **(habitação, emprego e serviços)** e resultou no aumento de exposição dos habitantes aos riscos de pobreza, deficiente habitação e saneamento básico, poluição, transportes inadequados, stress social e psicológico.

Os pólos industriais cresceram à volta da cidade e fizeram germinar um duplo problema: o crescimento de áreas residenciais próximas do local de trabalho, a habitação clandestina e bairros habitacionais de precárias condições de salubridade. A proliferação anárquica das pequenas cidades, onde as pessoas se aglomeram, fugindo dos aborrecimentos do centro urbano, à procura de um local mais sossegado em zona periférica, carcomendo a natureza ou degradando as belas quintas rurais por onde se vai expandindo, exigindo novas condições na rede de transportes, no saneamento, nos meios de comunicação..., não constitui um outro problema das sociedades modernas? O desemprego, provocado pela falência de muitas indústrias ou devido ao crescente evoluir tecnológico das mesmas (com redução de mão de obra), tem originado alguma mobilidade dos habitantes da cidade, na busca de novos empregos ou mudança para outros sectores de actividade, originando novos problemas ou agudizando outros já existentes. As grandes urbes, as vias de comunicação que tornam próximos os lugares e as pessoas, as grandes indústrias e seus resíduos poluentes, tiveram e têm um forte impacto na natureza, com consequências nocivas para os indivíduos. A poluição da atmosfera, do solo, da água, das plantas...é a expressão, mais profunda, da degradação extrema do ecossistema, sobrecarregado por intervenções de quem ignora os princípios básicos do funcionamento dos ciclos da natureza. Este é o peso ou custo da evolução e da modernidade.

O processo de crescimento urbano tem apresentado diferentes aspectos ao longo dos séculos, quer se trate de países industrializados ou em vias de desenvolvimento. Porém, a questão que se coloca é a mesma: Que infra-estruturas acompanham o crescer dos aglomerados populacionais? De que forma se responde aos anseios de uma população na busca de: trabalho, habitação, condições para cultivar o corpo e o espírito, deslocar-se e circular?

Os amontoados de gente nas cidades, ou em redor desta, não são só um meio de cultura propício para o alastramento de várias doenças infecciosas, como são também favoráveis ao aparecimento de várias formas de violência e delinquência ou até se podem converter num meio completamente hostil para a vida ou num emissor permanente de poluição. A vivência urbana encerra, portanto, alguns riscos e problemas (fenómenos de pobreza, exclusão social, marginalidade, toxicodependência, desemprego, poluição, habitações degradadas, falta de saneamento básico), que se repercutem directamente nos indicadores de saúde e, sobretudo, no bem-estar das pessoas. *"As cidades podem ser consideradas como um verdadeiro sugadouro de recursos (alimentos, água, matérias primas, energia), que se consomem ou se transformam no seu interior, e que emitem uma série de produtos residuais..."* (Didacta, 1996, p. 141), nem sempre tratados convenientemente e que, só por si, acarretam graves problemas ao ambiente.

As precárias redes de saneamento, o deficiente abastecimento de água, os exíguos espaços habitacionais, são alguns dos problemas com que se debatem os responsáveis (autarcas, autoridades de saúde) que perderam a capacidade de controlar estes problemas e se confrontam, cada vez mais, com processos de regeneração do meio urbano. *"A resolução do problema urbano é hoje uma espécie de medida do desenvolvimento humano..."* (Carneiro, 1997, p. 393). É neste meio ecológico que se assegura a continuidade de uma comunidade. Daí que, seja importante proceder a determinadas alterações organizativas de forma a conciliar da melhor maneira a aceleração do progresso com a noção da escala (dimensão) humana. Esse trabalho pressupõe o esforço e cooperação de várias disciplinas (sociologia, antropologia, arquitectura, engenharia, economia, saúde, pedagogia, urbanismo, etc.), com actividades interligadas ao sector da construção, na procura da realização harmoniosa do espaço e das aspirações do ser humano. *"A tarefa consiste em arrancar a sociedade moderna à incoerência, em conduzi-la à harmonia..."* (Le Corbuzier, 1995, p. 152), de forma a reconstruir o espaço, ou a reinstaurar as condições naturais, colocando o **homem de hoje** no seu verdadeiro meio.

Actualmente a sociedade urbana criou uma nova sensibilidade para a procura de espaço e de condições ambientais que as concentrações urbanas deixaram de poder oferecer: o campo e a montanha, o espaço verde, a preservação da paisagem, das condições ambientais e dos valores culturais.

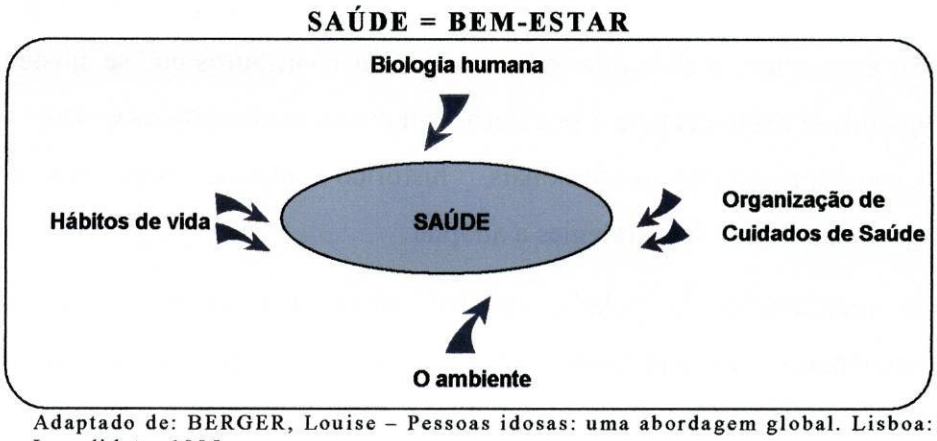
Sabe-se que há cidades e lugares adoráveis para viver, onde se percebe bem-estar e qualidade de vida. Mas, como avaliar outros locais, onde a tipologia do edificado e povoamento, merece maior atenção das forças vivas ou agentes responsáveis para restituir urbanidade a esses espaços? Avaliar qualidade de vida em relação a quem, a quê ou em que horizonte? Avaliar em que contexto de alternativas? Proporcionar o equilíbrio entre o homem e o seu meio, é uma tarefa fundamental mas muito complexa. Só a consciência cívica de todos poderá dar contributos que se ajustem aos padrões de qualidade exigíveis para a população em causa, analisando os estratos etários, os grupos sócio-económicos, profissionais, histórico-culturais, bem como alternativas à sustentabilidade de estratégias a adoptar.

A reabilitação da cidade envolve vários especialistas (arquitectos, urbanistas, engenheiros, ambientalistas, antropólogos, sociólogos, técnicos de saúde e outros) e **todos os cidadãos** que, em conjunto, procurem uma reforma endógena (partindo das necessidades reais e procurando respostas ajustadas a essa sociedade) promotora de desenvolvimento, de riqueza e prosperidade, que são base de um futuro saudável sustentado. Essa revitalização pode passar por redefinir áreas de serviços e áreas residenciais, restauração de zonas velhas e centros históricos, recriação de zonas habitacionais mais degradadas, criação de infra-estruturas que possam ser promotoras de saúde e bem-estar de todos. A saúde não é só tarefa de profissionais mas de toda a comunidade. No dizer de Caldeira da Silva "*...a saúde é multidisciplinar e é multissectorial...*" (Navarro, 1995, p. 12). Para ela contribui também o empenhamento e mobilização dos indivíduos na resolução dos seus problemas e no entender a concepção multidimencional da saúde.

Hoje, o bem-estar representa uma atitude em relação à saúde e implica uma dialéctica entre todas as componentes individuais, sejam elas físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais ou culturais. A saúde óptima ou total – **bem-estar** – depende de vários factores e resulta da interacção de um organismo com o seu meio envolvente. A saúde passa, então a ser considerada como o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana (biológicas, psicológicas e sociais) conferindo-lhe potencial de vida. Este conceito desvincula-se da antiga concepção estática da saúde, surgindo cada vez mais ligada aos modos de vida e à capacidade de adaptação do homem aos factores do meio que afectam o comportamento e o bem-estar. É, hoje, uma

concepção multidimensional, que integra múltiplos factores, como se referencia na figura nº 2.

Figura nº 2 – Factores determinantes de saúde



Adaptado de: BERGER, Louise – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidata. 1995.

Todavia, estes pressupostos de saúde estão associados a outros problemas que não podemos olvidar, como hereditariedade, maus hábitos de vida, patologias, que orientam para um outro conceito de **abordagem ecológica**.

Na realidade, a maioria dos problemas de saúde resultam de complexas reacções psicológicas e físicas que o homem sofre do meio sócio-ambiental onde se insere, pelo que as novas patologias estão associadas a estilos de vida adoptados pelas pessoas no seu quotidiano. *"O estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interacção entre os indivíduo se pela aprendizagem social e são condicionados por ele. Por outro lado, os estilos de vida modelados pela experiência e pelos factores ambientais não levam a decisões individuais de evitar ou de aceitar certos riscos de saúde. As opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respectivos meios financeiros"* (OMS, 1985, p. 62). Significa então, que **o comportamento saudável** nem sempre é assumido pelo indivíduo de forma consciente e responsável. A adopção de estilos de vida salutares é contrariada por vezes, devido a uma rapidíssima mutação de valores; a hierarquização de necessidades humanas básicas é pervertida pela *"manipulação publicitária"* da actual sociedade de consumo; os *"produtos"*, valorizados socialmente, favorecem a adopção de estilos de vida nocivos à saúde.

Estamos de facto *"em presença de formas culturais, relacionadas com novos estilos de vida (específicos da urbanidade e da cultura de consumo) típicos do quadro de pós-*

modernidade, onde, segundo Mozzicafredo, uma nova ordem de valores se instala" (Santos, 1993, p. 44). Para contrariar esta tendência gera-se um movimento para a promoção da saúde, centrando-se nos factores sociais e ambientais que condicionam a saúde do indivíduo e da comunidade, focalizando-se em duas abordagens:

1. Luta contra os comportamentos e modos de vida prejudiciais à saúde: abuso de substâncias nocivas (álcool, tabaco, drogas), ausência de exercício físico, alimentação pouco saudável e muitos outros.
2. Adopção de medidas e de comportamentos saudáveis que asseguram boas condições de vida e reforçam a saúde e bem-estar dos indivíduos (vida familiar equilibrada, ambiente salubre, condições agradáveis de trabalho).

A ênfase dada à promoção da saúde no âmbito do movimento lançado na conferência de Alma-Ata em 1978 (Saúde Para Todos), criou a necessidade de definir, de forma mais clara, estratégias que hoje são mundialmente conhecidas.

a) A Carta de Ottawa, (1986) documento que resultou da 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), explicitou a base estratégica necessária para definir e alargar o conceito de promoção da saúde. A promoção da saúde é, aí defendida, como *"o processo que leva as pessoas a controlar e a melhorar a sua saúde"*. Esta carta foi adoptada por 112 participantes de 38 países.

A conferência centrou-se nos progressos alcançados na sequência de Declaração de Alma-Ata já referida, onde emerge o conceito de Cuidados de Saúde Primários, no documento *"Os Objectivos da Saúde Para Todos"* e no debate sobre a acção intersectorial para a saúde, da Assembleia Mundial da Saúde (OMS).

A promoção da saúde assume-se, então, como o processo que visa permitir aos indivíduos gerir e melhorar a sua saúde, assentando em cinco princípios:

1. Compromisso activo da população
2. Acção orientada para as causas dos problemas de saúde
3. Abordagem multissectorial
4. Participação do público
5. Mobilização dos profissionais de saúde, em especial os do sector dos cuidados de saúde primários.

b) Na 2.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que decorreu em Adelaide (Austrália) em 1988, discutiu-se a formulação e implementação de políticas favoráveis à saúde. Nela participaram 220 delegados de 42 países.

A Declaração de Adelaide, elaborou o conceito de política pública saudável que constitui o objectivo central dos projectos de Cidades Saudáveis. Este projecto centra-se nos princípios da Saúde Para Todos e nas orientações estratégicas da Carta de Ottawa. Conseguir saúde para todos é o desafio da Cidades Saudáveis.

c) A 3.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Sundsval (Suécia) em 1991, sob o tema ***"Ambientes Favoráveis à Saúde"*** surge na sequência do movimento de promoção da saúde numa perspectiva intergeracional, procurando com todos, a criação de condições que garantam o bem-estar da população, como propósito fundamental do desenvolvimento. Assim, para se conseguir um estado completo de bem-estar físico, mental ou social, os indivíduos ou grupos devem ter capacidade para idealizarem e concretizarem as suas aspirações, satisfazer necessidades e lutar contra a influência nociva do meio.

d) Na 4.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que decorreu em Jakarta (Indonésia) em 1997, sob o lema ***"Novos Actores para uma Nova Era – Adoptar a Promoção da Saúde ao século XXI"***, teve a particularidade de incentivar o sector privado a apoiar a promoção da saúde. A Declaração de Jakarta que emergiu desta conferência, vem reafirmar as cinco estratégias da Carta de Ottawa. Coloca a tónica na participação das pessoas como centro de acção da promoção da saúde e dos processos de tomada de decisão. Realça a importância das abordagens globais na promoção da saúde; o acesso à informação, como requisito essencial de capacitação dos indivíduos e forma de se conseguir uma participação esclarecida e efectiva das pessoas e comunidade na escolha de opções saudáveis. A saúde é um conceito positivo, com destaque para os recursos sociais e pessoais, bem como para as capacidades físicas.

Por todo o mundo e, muito especialmente na Europa, tem-se desenvolvido uma corrente que procura fazer da saúde a preocupação básica para todos os sectores de desenvolvimento. *"Não é possível conceber desenvolvimento social ou crescimento económico sustentado sem saúde..."*, afirmava o Dr. Hiroshi Nakajima, por ocasião da Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social, que decorreu em Copenhaga em Março de 1995. Aqui se insere a razão da CIDADE SAUDÁVEL, com uma filosofia e estratégias próprias, que permitam e

dinamizam o contributo de todos para uma cidade de bem-estar, uma cidade que reduza os factores que afectam a saúde do indivíduo.

Assim sendo, uma das primeiras preocupações é a de levar os indivíduos, os grupos e a comunidade a interessarem-se pela promoção da sua própria saúde e o bem-estar dos outros. Todos são construtores da cidade saudável.

Os peritos e responsáveis da saúde compilaram uma série de princípios e de medidas destinadas a melhorar as condições de saúde das populações em todo o mundo, nos documentos históricos que acabamos de lembrar. Esses princípios sintetizam o conceito de *"promoção da saúde"* como o processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e agir sobre os factores que a influenciam.

Sem dúvida, grande parte das pessoas consente em alterar os comportamentos que põem em risco a sua saúde e a da sua família. Esta tendência poder-se-á estender do indivíduo a grupos sociais mais amplos e, da saúde, a outros aspectos da vida. É, no entanto, um processo lento, que implica estratégias educativas individuais e de grupo, capazes de influenciar a aprendizagem social, porque é dentro da família e dos grupos de interacção quotidiana, onde se manifestam pouco a pouco as novas tendências que começam por ser obedecidas, não como lei, mas como regras sociais legitimadas por aceitação consensual.

As orientações da Carta de Ottawa puseram em evidência as condições a criar para a promoção da saúde:

- A nível governamental, com o estabelecimento de políticas, privilegiando a equidade na distribuição dos recursos, a preservação do meio ambiente e que facilitem a participação comunitária.
- A nível dos serviços, gerando um processo novo de reorganização dos serviços de saúde, privilegiando para além das funções médicas outras de mediadores e defensores entre os utentes e administrações, no sentido de satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas pela população.

Porém, o desenvolvimento individual e comunitário exige que se considere um terceiro nível, tão importante quanto os outros dois, sem o qual também não parecem funcionar.

- A nível profissional, tornando-se os profissionais possíveis mediadores e defensores do direito à equidade, à cooperação e inter ajuda entre serviços e

com competências que permitam intervir na promoção da autonomia das pessoas e dos grupos.

Quase 20 anos passados (Carta de Ottawa, 1986) e ainda não se pode dizer que os indivíduos e grupos sejam capazes de promover e controlar a sua saúde e actuar sobre os factores que a influenciam. Veja-se o problema da droga, alcoolismo, delinquência, mendicidade, pobreza. A saúde é uma das perspectivas da vida humana mais directamente relacionadas com o comportamento, e portanto, mais dependentes da cultura que a condiciona.

Os sistemas de saúde sofrem neste fim de século uma profunda transformação como consequência de factores sociais, técnico-científicos e político-administrativos. Os factores sociais que influenciam a evolução dos sistemas de saúde, relacionam-se com curvas demográficas, a instrução, oportunidades de emprego, urbanismo e outras mudanças populacionais.

A vertente assistência na doença – cuidados diferenciados – e a vertente qualidade de vida – cuidados de saúde – convergem nas exigências de planeamento em saúde. Num caso e noutro, o CUIDAR, considerado como o processo de interpretar, ajudar e proteger os que sofrem, adquire uma importância decisiva no êxito das acções empreendidas. Compete à Enfermagem o mais participativo dos papéis do CUIDAR EM SAÚDE, o que por isso propõe novos desafios científicos, éticos e deontológicos.

H. Mahler, Director Geral da OMS, em 1986, afirmava: *"...se os milhões de enfermeiros, em milhares de lugares diferentes, articulassem as mesmas ideias e convicções há cerca dos cuidados de saúde primários e se unirem as suas forças, então poderão funcionar como um poderoso motor de mudança. Acredito que esta mudança está para se verificar e que os enfermeiros de todo o mundo, cujo trabalho toca intimamente cada um de nós, ajudar-nos-ão com nobreza a provocá-la. A OMS certamente que apoiará os enfermeiros nos seus esforços para se tornarem em agentes de mudança no movimento da saúde para todos".* Foi assim lançado o apelo aos enfermeiros e valorizada a sua força e valor como profissão para se atingir "Saúde Para Todos".

As metas "Saúde Para Todos" preocupam todos os trabalhadores de saúde. Mas, apreciando algumas das diferentes publicações da OMS, as suas orientações constituem um desafio para a enfermagem, porque são os enfermeiros os principais prestadores de cuidados de saúde,

dentro dos respectivos sistemas. Temos então de agarrar com dinamismo todas as dimensões de competência e de saber, nas mais variadas áreas de intervenção:

- Ajudando a construir comportamentos saudáveis
- Levando a comunidade a atingir níveis de desenvolvimento que proporcionem melhores padrões de bem-estar
- Procurando melhores soluções para um verdadeiro projecto de construção em saúde
- Envolvendo-se e participando na construção de um ambiente seguro, limpo e de elevada qualidade.

A responsabilidade (acção) do enfermeiro oscila entre três pólos distintos e complementares:

- Investigação que permita avaliar com rigor contextos de vida, processos e resultados.
- Promoção/dinamização de meios na sociedade, que permitam formas de vida, que gerem prazer, estimulem e mantenham gosto pela vida, sem prejuízo da saúde.
- Educação/reflexão com o indivíduo ou grupo sobre os estilos de vida saudáveis, os comportamentos a adoptar para proteger e manter a saúde.

A enfermagem é uma profissão social, interagindo com o indivíduo ou grupo em relação dialéctica com o meio; é uma profissão de ajuda, na manutenção da saúde dos indivíduos, na procura de equilíbrio ou auxiliando nas perturbações da homeostasia; é uma profissão de exigência na competência técnica e relacional, valorizada pela ciência e arte, para dar resposta condigna ao atendimento de qualidade que o cidadão exige.

O enfermeiro pode e deve ser um agente de investigação/intervenção com vista à "mudança", quer na concepção quer na (co)realização de projectos integrados, de acordo com as potencialidades e envolvendo a população implicada.

É na família e nos grupos, que o enfermeiro, poderá identificar a necessidade de espaços que possam ser recreados e/ou modernizados, sem pretender chocar ou alterar os valores tradicionais, mas que possam transformar a cultura e fomentar novas aprendizagens, no sentido do desenvolvimento e bem-estar. É um agente educador (educação para a saúde) sobre a adopção de estilos de vida saudáveis actuando cada vez mais em contextos alargados. Decerto, há que mudar as atitudes e formas de estar:

- Na formação

- Na prática de cuidados
- Na prática da cidadania.

É importante também a reflexão de como o conteúdo funcional dos enfermeiros pode ser reorientado para permitir um desempenho de qualidade. O contributo dos enfermeiros para a sócio-espacialidade e saúde não se compadece com o espaço Centro de Saúde/Hospital, numa visão estritamente momocêntrica, exigindo o alargamento para uma visão policêntrica.

A saúde passa pelo ambiente, pelo ar, pela água, pelos resíduos... pelo bem-estar de qualquer momento e espaço, e passa também pelas nossas atitudes e comportamentos, para:

- Ajudar a Comunidade
- Sair para a Comunidade
- Prestar Cuidados à Comunidade

O campo de actuação do enfermeiro bem como a sua visibilidade social, permite-lhe um papel altamente interventivo na saúde da população:

- Papel de observador da realidade social, sanitária, da identificação de situações ou grupos de risco. Nos diagnósticos de enfermagem.
- Papel de educador, adaptando e ensinando hábitos que favoreçam a saúde.
- Papel de facilitador, ladeando as dificuldades e obstáculos à criação e bom relacionamento de grupos, reduzindo desigualdades nas etnias sociais, facilitando o acesso à Rede de Cuidados de Saúde.
- Papel de consultadoria, apontando soluções e assumindo-se como recurso privilegiado da comunidade e ligação ao poder autárquico na facilitação de meios

A fim de solucionar todos os problemas que afectam as cidades, alguns organismos internacionais têm lançado directivas e elaborado projectos e planos de acção que visam melhorar a vida nas cidades. Assim, na União Europeia existe desde 1990 um Livro Verde, que, considerando a cidade como modelo de convivência cívica, tenta explicar a crise de modelo urbano actual, propõe novas abordagens e introduz parâmetros ambientais aos planos de desenvolvimento urbano (por exemplo a gestão de resíduos, poupança energética, etc.). Nas Nações Unidas existem também programas sobre os aglomerados humanos e programas para o meio ambiente que levam a cabo diversos projectos – piloto direccionados ao ambiente. *"A arte de compor o ambiente deverá agora ser mais claramente definida, as suas regras enunciadas, e os seus produtos típicos tornados familiares para uma grande maioria*

da população..." (Cullen, 1971, p. 195). Essa "*composição*" tem de ser baseada em princípios benevolentes da saúde, de amenidade, de conveniência e, até, do senso comum, numa partilha de participação de todos, num projecto consciente de cidadania.

O desejo das comunidades em atingir níveis de desenvolvimento que proporcionem melhores padrões de bem-estar, têm exigido a redefinição e redistribuição de papéis dos vários actores sociais. Desde as escolas às instituições de saúde, ao comércio e indústria, associações desportivas ou outras, e, muito especialmente os autarcas, tudo têm de fazer no desenvolvimento das suas complementaridades e sinergias, para levar as crianças, os jovens, os adultos e idosos, a modificarem e melhorarem os ambientes sociais, económicos, culturais e físicos que façam dos estilos de vida saudáveis os estilos de vida fáceis de aceitar. Acreditamos que, o bem-estar, a prosperidade e desenvolvimento de cada sociedade, depende directa e indirectamente da saúde dos seus cidadãos.

Temos de nos empenhar todos, em construir um ecossistema urbano, bem sustentado e harmonioso, capaz de assegurar os requisitos necessários à concretização da saúde individual e colectiva. É evidente que a dimensão política poderia também aqui ser invocada, mas poderá ser um tema a tratar, noutra situação.

2.6 - O DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DOS RECURSOS NA CONSTRUÇÃO DA CIDADE SAUDÁVEL

"É necessário tornar a obra humana solidária com a obra natural"

Le Corbusier, 1995, p. 22

Desde meados da década de setenta, que a OMS procedeu a uma profunda revisão dos conceitos de saúde, sobretudo do conceito de saúde pública. Esse processo desenvolveu-se num quadro marcado pelo questionamento não só pelo novo conceito de ciência (não vivemos nós numa revolução científica?), mas também pela dinâmica da assistência sanitária, da qualidade de vida das populações, da promoção da saúde e da prevenção da doença. Daí resultou a construção de um conceito de saúde que ultrapassa de longe a mera ausência de doença. A saúde passou a ser considerada como estado global e completo de bem-estar físico, mental e social do indivíduo como um todo.

Para a saúde pública, o alargamento deste conceito – estado global e completo bem-estar – provocou necessariamente uma alteração profunda nas estratégias de resolução dos problemas sócio-sanitários. A partir desta concepção holística do ser humano e da sociedade, a política de saúde passou a relacionar-se intimamente com a resolução de condições básicas como a paz, a habitação, a educação, a justiça e equidade, designados como pré-requisitos de saúde.

Impunha-se, então, uma reconsideração dos recursos necessários à promoção de saúde e à forma de os implementar. A complexidade no desenvolvimento em saúde leva a OMS a considerar a cooperação intersectorial como uma das ideias chaves que condicionam a estratégia de saúde para todos. Ao lado da equidade, do conceito positivo de saúde, da participação comunitária, da filosofia dos cuidados de saúde primários e da cooperação internacional o documento das Metas da Saúde para Todos, emanado pela OMS, pressupõe que o sector saúde isoladamente não tem condições para solucionar todos os problemas. Neste quadro, é a comunidade no seu todo – mas considerada nos vários segmentos e grupos que a constituem – a protagonista da política de saúde, relativizando e contextualizando o contributo indispensável dos profissionais e instituições de saúde. São estes princípios que constituem a pedra angular da estratégia *" Saúde para Todos"* ambicionada pela OMS, e que, desde a década de oitenta constitui compromisso assumido pela Região Europeia da Organização Mundial de Saúde no desenvolvimento de uma política de saúde comum. A cooperação intersectorial torna-se, assim, essencial para promover e desenvolver estratégias de uma política integrada de saúde.

Parece ser um desafio e um caminho a seguir para todas as mudanças que se pretende operar na sociedade ou de qualquer empreendimento a concretizar. Rentabiliza os meios e o processo em qualquer investimento, para quem acredita na teoria dos sistemas. Poderia citar, a propósito, Fritjof Capra, no seu livro **O Ponto de Mutação**: *"O estudo dos ecossistemas, nestas últimas décadas, mostrou com muita clareza, que a maioria das relações entre os organismos vivos são essencialmente cooperativos, caracterizados pela coexistência, interdependência e simbiótica em vários graus. Embora haja competição, esta ocorre usualmente num contexto mais amplo de cooperação, de modo que o sistema maior é mantido em equilíbrio"* (2000, p.278). As redes de parcerias, enquadradas numa lógica de desenvolvimento social, são desafios à prossecução de qualquer objectivo na filosofia das Cidades saudáveis.

O projecto "*Cidades Saudáveis*" foi promovido e lançado pela OMS a partir de uma ideia apresentada numa reunião em Toronto, em 1984.Passados dois anos, pela primeira vez, reúnem-se em Lisboa vinte e uma cidades da Europa para discutirem o desenvolvimento de políticas locais de promoção de saúde, orientadas no sentido da estratégia "Saúde para todos" e com uma forte participação das respectivas comunidades. Atribuiu-se importância nuclear à garantia de equidade no acesso aos pré-requisitos de saúde, privilegiando o aprofundamento da colaboração inter-institucional e do trabalho inter-sectorial, da cooperação entre serviços da administração pública, instituições e grupos envolvidos nas áreas do social; fomenta a participação da comunidade nas decisões que interferem com o bem-estar; estimula e favorece a cidadania. A resolução dos problemas dos meios urbanos passa, então, por ***intervenções pluri-sectoriais, participativas e negociadas.***

O projecto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde integra já meio milhar de cidades em toda a Europa. Este movimento afirma o papel essencial que a cidade pode desempenhar na promoção de saúde dos cidadãos e a sua vocação para mobilizar energias e vontades locais, na construção de um ambiente urbano saudável e solidário, que permita a plena afirmação das capacidades físicas e intelectuais dos cidadãos. Em 1996 foi lema para o Dia Mundial da Saúde "*Cidades Saudáveis para viver melhor*", constituindo assim, um sinal de reconhecimento e uma chamada de atenção para a importância e o impacto que o ambiente urbano assume hoje na saúde das comunidades. Portugal aderiu a este projecto, em 1993, através da integração de uma cidade portuguesa, a cidade de Amadora. Mais recentemente um conjunto de municípios tem procurado dinamizar iniciativas no sentido da criação da Rede Nacional de Cidades Saudáveis, que integra 11 cidades portuguesas, à qual pertence a cidade de Viana do Castelo.

Cidade saudável é *"uma cidade que continuamente cria e desenvolve os seus ambientes físico e social e expande os seus recurso comunitários, de forma a permitir um mútuo e contínuo suporte entre diferentes grupos da população"* (OMS, 1989). Para isso, procura melhorar os seus ambientes e expande os seus recursos de forma a permitir às pessoas alcançarem o seu máximo potencial de vida. É um projecto de desenvolvimento de saúde urbana, que dá particular ênfase aos condicionantes sociais e ambientais da saúde, isto é, às dimensões e assuntos relacionados com a saúde, tais como, a pobreza e a exclusão social, a poluição e o desenvolvimento sustentável, os estilos e as condições

de vida, assistência e apoio social, planeamento urbano e transportes e as necessidades especiais dos grupos mais vulneráveis da população.

O conceito de cidade saudável está expresso, de forma mais específica, na descrição das onze qualidades que, de acordo com a OMS, traçam o perfil da cidade:

1. Ambiente físico de alta qualidade, limpo e seguro (incluindo a qualidade de habitação);
2. Um ecossistema que seja estável no presente e que se mantenha a longo prazo;
3. Uma comunidade forte, com apoio mútuo e sem exploração;
4. Alto nível de participação e controlo por parte do público sobre as decisões que afectam as suas vidas, saúde e bem-estar;
5. Satisfação de necessidades básicas (alimentação, água, abrigo, rendimentos, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade;
6. Acesso a uma variedade maior de experiências e recursos, com a possibilidade de uma maior variedade de contactos, interacções e comunicações;
7. Uma economia municipal diversa, vital e inovadora;
8. O encorajamento de conexões com o passado, com heranças culturais e biológicas dos habitantes da cidade e de outros grupos de indivíduos;
9. Uma forma compatível e que aumente as características precedentes;
10. Um nível ideal de saúde pública adequada e serviços de saúde acessíveis a todos;
11. Um nível alto de saúde (níveis altos de saúde e níveis baixos de doença).[1]

As áreas abrangidas por estes princípios devem constituir preocupação de todos os cidadãos, pois abarcam dinâmicas de interacção e esforço de todos. Apelam à participação, à solidariedade, à responsabilização, no sentido de criar condições de uma vida melhor.

As dinâmicas implementadas canalizam-se para o ambiente e desenvolvimento sustentável, planeamento urbano, estilos e condições de vida, assistência e apoio social, pobreza e exclusão social, necessidades especiais dos grupos mais vulneráveis da

[1] Adaptado de OMS; Gabinete Regional para a Europa – Vinte medidas para desenvolver um projecto de cidades saudáveis. Copenhaga: OMS, 1992

população. São medidas apontadas como referência para a cidade saudável, que devem iniciar pelo compromisso político, *"motor de arranque"* para poderem concretizar-se. Passa de seguida pelo envolvimento de todos, numa dinâmica de força viva e permanente, comprometedora da participação, do controlo e da equidade.

O projecto *"Cidade Saudável"* surge assim, envolvendo todos, num trabalho, cuja finalidade é garantir uma política pública saudável. Para isso, há que canalizar as atenções nos grupos mais desfavorecidos, nas ameaças do ambiente, nos estrangulamentos ao desenvolvimento, nos espaços de lazer, nos condicionalismos que impedem a atracão da cidade. Promover a saúde a todos os níveis, numa perspectiva interinstitucional e integrada.

Nesta visão de desenvolvimento em saúde, as instituições de formação devem ser consideradas como sistemas de apoio, orientar-se por uma lógica social, aberta aos modos de vida das populações e ao desenvolvimento de estratégias diversificadas e participadas ou, que os transforma em sistemas interactivos. Nessa lógica, as instituições de ensino superior, com responsabilidades diversas no futuro da região, não se podem excluir do processo aliciante de participação na construção da Cidade Saudável de Viana do Castelo. Têm responsabilidade social, no compromisso de ensinar, no desenvolvimento técnico-científico e no contributo para a resolução dos problemas da região; *"...têm de provocar mutações culturais, ou civilizacionais nas sociedades envolventes"* (Carvalho, 2002, p. 2). Assim, é importante a concertação com todas as instituições locais que desenvolvem actividades em prol da saúde; a sensibilização dos técnicos urbanistas, para oferecer uma construção saudável, a necessidade de uma atenção específica no crescimento da cidade em áreas novas, permitindo melhor qualidade de vida para os residentes; o desenvolvimento do desporto e ocupação de tempos livre; reforçar a questão dos resíduos e a urgência de implementação de acções de educação para o ambiente, nas escolas, para se proceder a um contágio saudável para o ambiente e saúde.

Será necessário introduzir nas universidades uma melhoria significativa na articulação entre as actividades de formação e as actividades de investigação e extensão, de forma a incentivar uma cultura de inovação entre o pessoal docente e os alunos, proporcionando posteriormente uma transferência da visão inovadora para as futuras empresas. Fomentar uma sociedade mais consciente e preparada e criar condições para a consolidação do tecido empresarial (Baptista, 2002), são os grandes desafios das

instituições de formação. Se às universidades se atribuem competências que visam o desenvolvimento da comunidade e intercâmbio com as outras instituições, os projectos de formação terão de integrar experiências que vão de encontro ao desenvolvimento local, ao reconhecimento dos recursos existentes e à dinamização dos mesmos.

A cooperação intersectorial e institucional é importante em todos os sectores de desenvolvimento. Assume especial relevo, no planeamento integrado de saúde, para fornecer cuidados dirigidos às necessidades fundamentais de todas as comunidades (grupos étnicos, imigrantes de Leste, refugiados, marginais), por meio de serviços oferecidos tão perto quanto possível dos locais de vida e de trabalho das pessoas, acessíveis e aceitáveis por todos, auxiliados por uma completa participação comunitária.

O desenvolvimento deve estar ao serviço da pessoa humana, a qual se deve constituir em referencial básico para apreciação e avaliação de quaisquer políticas ou reformas. O Estado não deverá intervir na resolução de problemas, cujas soluções podem ser encontradas pelos cidadãos e pela sociedade civil. A aplicação pontual da cooperação intersectorial (sociedades económicas, administração pública, privada, IPSS) em situações concretas e específicas, revela-se sempre de grande valia e permite atingir os objectivos propostos com mais celeridade e com maior efectividade. Envolve todos num sentido comum, permitindo *"...um alto nível de participação e controlo por parte do público sobre as decisões que afectam as suas vidas, saúde e bem-estar"* (Faria, 1999, p. 12). Para o mesmo autor, a visão da importância da cooperação entre todos os sectores de desenvolvimento para a saúde é dada por uma série de premissas e etapas que podem ajudar a reflectir na necessidade e nas dificuldades de uma verdadeira implantação de programas que envolvam mais que um sector:

- Introdução de objectivos de saúde nas políticas orientadas de cada sector;
- Inclusão de análises de impacto da saúde nos seus programas e projectos;
- Avaliação da qualidade do desenvolvimento económico-social em termos de modificações do estado de saúde de grupos sociais desfavorecidos (crianças, idosos, trabalhadores em locais ou ocupações perigosas, habitantes de bairro e habitações degradadas);
- Introdução de medidas, nos planos e políticas económicas, promotoras de saúde (higiene geral, alimentar, segurança, entre outras);

- Realização de programas de promoção, educação para a saúde e outros, que impliquem o conhecimento e a prática de actividades intersectoriais integradas.

O conceito de cooperação interinstitucional e multinstitucional é fácil de assimilar, e tão fácil de entender como difícil de pôr em prática. Trata-se de um modelo fundamentado numa mudança de paradigma, onde no centro dessa mudança está a implementação de um processo de decisão partilhado, por oposição à actual centralização da decisão. Exige uma acção coordenada, um conjunto organizado de actividades, com finalidades estabelecidas e dirigidas a um bem comum. Para isso, é fundamental uma população bem informada, esclarecida, participativa. Somente através da cooperação de todos os organismos – forças vivas da cidade – se poderão conseguir os pré-requisitos da saúde, promover políticas a ela favoráveis e reduzir os riscos provenientes do ambiente físico, económico e social.

Existem, porém, muitos obstáculos à concretização de projectos de cooperação que podem ser impeditivos da resolução de problemas comunitários:

- Falta de preparação e de motivação de alguns dos sectores para trabalhar em objectivos comuns;
- Escassez de informação entre grupos institucionais com desconhecimento do mesmo;
- Sentimento de exclusividade em relação ao trabalho de cada sector, encarado muitas vezes como uma "capelinha" privada pelos seus profissionais;
- Dificuldades na partilha de poderes e na troca de experiências;
- Pouca dinâmica intra e interinstitucional, o que dificulta o trabalho intersectorial e multiprofissional.

A partilha de poderes e de recursos não é fácil. A maioria das organizações não está habituada a fazê-lo, nem se cultiva uma política de cooperação onde os ganhos são mais que as perdas: partilhar recursos, rentabiliza meios e capital social; trocar informação e experiências, amplia os conhecimentos e enriquece a formação pessoal e profissional das equipas; partilhar o poder permite parcerias equitativas, valoriza o papel que cada um desempenha nas suas organizações. O desenvolvimento há-de conseguir-se por

recursos e iniciativas próprias, onde todos são chamados a intervir. O tão esquecido conceito de solidariedade, imprescindível num trabalho de cooperação, será um poderoso instrumento na construção de uma cidade saudável.

A Cidade de Viana do Castelo iniciou o seu projecto, com o apelo às instituições e a toda a comunidade, no sentido da caracterização e identificação de debilidades/soluções em diversas áreas consideradas como prioritárias para a promoção da saúde da população. Considerou-se, então, que *"...a comunidade idosa, é indiscutivelmente, um recurso valioso no desenvolvimento dos municípios, porém, muitos aspectos condicionam a sua plena participação na vida da cidade"* (Monteiro, 2004, p. 1). A Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS decidiu fazer do Envelhecimento Saudável um dos três principais temas de desenvolvimento no período de 2003-2007. O seu propósito é cuidar das necessidades das pessoas mais idosas no que diz respeito aos cuidados de saúde e qualidade de vida, dando especial destaque à vida independente e activa. Destaca, ainda a necessidade de criar ambientes de apoio e estruturas que permitam o acesso a serviços adequados e sensíveis. *"Uma abordagem saudável ao envelhecimento saudável ao envelhecimento considera a capacidade das pessoas de todas as idades para viverem um estilo de vida saudável, seguro e socialmente inclusivo"* (ibidem, p. 2).

Atento a estas questões o "Gabinete Cidade Saudável de Viana do Castelo" traçou um plano de desenvolvimento em saúde, que envolve:

> *"1.Requalificação do Espaço Urbano e Habitacional*
> *2.Ambiente*
> *3.Cultura da idade*
> *4. Estilos de vida*
> *5.Acessibilidades*
> *6.Área Social"* (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2004).

Houve empenhamento numa abordagem integrada de planeamento urbano, tentando requalificar, melhorar o espaço habitacional, contribuir para melhoria da acessibilidade e reduzir as barreiras arquitectónicas, mas, sobretudo estimulando e apoiando os urbanistas na integração de considerações de saúde nas suas estratégias de planeamento. Têm de ser considerados, nos seus projectos e iniciativas os aspectos de *"...equidade, bem-estar, desenvolvimento sustentável e segurança das comunidades"* (ibidem, 2004, p. 4). Assim, e articulando com outros níveis de requalificação urbana já em curso

(através do "programa RECRIA" e "programa POLIS"), destacou a redução de barreiras arquitectónicas e diminuição de riscos para a população, a importância do mobiliário urbano e outros.

Os aspectos ambientais foram pautados por dois objectivos, voltados para a *"educação ambiental"*, implementando a separação selectiva dos resíduos sólidos e para *"ruído e qualidade do ar"* defendido pela "Carta de Ruído da Cidade" e "Carta Ambiental".

Como lema ***"Cultura da Idade – Envelhecer com Qualidade"***, tem procurado construir, ainda que de forma embrionária, instrumentos que abram caminho a novas práticas neste domínio, incentivando novos estilos de vida: exercício físico, programas de cultura e lazer dinamizados numa perspectiva intergeracional e acesso à informação. São, também, objectivos a desenvolver, a participação mais activa dos idosos na vida comunitária e o incentivo ao voluntariado social.

O estudo das acessibilidades tem constituído uma das maiores preocupações do Plano de Desenvolvimento em Saúde, no sentido de *"...tornar a cidade de Viana do castelo uma cidade inclusiva, que promova o direito à cidadania, independentemente das (in)capacidades dos cidadãos"* (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2004, p. 17).

A Meta 14 das Estratégias da Saúde para Todos afirmava um compromisso para a promoção da saúde. Até ao ano 2000, todos os locais da vida e da actividade social, tais como a cidade, a escola, o local de trabalho, a residência e a habitação deveriam proporcionar melhores oportunidades para a promoção da saúde. Este é o horizonte dos propósitos da Cidade Saudável.

Teremos, todos, de nos empenhar na construção de um ambiente seguro, limpo e de elevada qualidade, na firme convicção de que a **sócio-espacialidade urbana constitui uma variável interdependente na saúde individual e colectiva dos indivíduos.**

3 – REDES SOCIAIS DIFERENCIADAS DE APOIO AO IDOSO

"É confrangedor verificar,
cada vez mais, a desumanização do ser humano;
a sua falta de sensibilidade para com o seu semelhante"

Nunes dos Santos, 1988, p.53

A justificação para a análise, que pretendemos nesta abordagem, decorre das mudanças operadas na sociedade, fruto de transformações de natureza civilizacional associadas à evolução demográfica.

As inovações mais recentes a nível da Política Social como o Mercado Social de Emprego, Rendimento Social de Inserção, entre outros, *"...têm obrigado a reestruturar e repensar as relações entre as medidas de políticas públicas e o desenvolvimento das comunidades"* (Coutinho, 1999, p. 9). A mesma autora refere, também, que *"...o maior desafio é encontrar o caminho para uma política estrutural contra a pobreza e a exclusão social, procurando ultrapassar os problemas que os geram"* (ibidem, p. 9).

Em Portugal, os anos 60 foram marcados pela influência de uma política e poder que lhe deu corpo e a caracterizou. Decorre daí a influente ideologia do Estado–Providência, com a institucionalização de encargos, entre os quais se sedimenta e enraíza o encargo social da velhice, proliferando, desde então, alguns benefícios médicos e sociais. *"O Estado apresenta-se como protector, reconhecendo a todos uma vida digna, mesmo nas situações de risco que envolvem doença, a falta de trabalho ou a velhice"* (Costa, 2002, p. 32).

Foi um período, ao longo do qual as ideias foram passando, cuja intervenção política e social, é, ainda, *"...tão central que ora é posta em causa, ora é redefinida"* (Coutinho, 1999, p. 11). Porém, é defendido, hoje, que *"...a Assistência é uma parte integrante da estratégia global da Política Social, impondo-se, inclusivamente, uma nova concepção: Assistência Social é a colaboração da sociedade com as pessoas para a intervenção activa destas na vida social e mediante a remoção de carências, o suprimento de disfunções e o estímulo ao exercício ordenado das faculdades físicas, intelectuais e morais"* (cf. Coutinho, 1999, p. 67).

Num quadro de passagem da Previdência Social para um sistema de Segurança Social, este deve pautar-se por uma política social planeada e atenta às peculiaridades sociais, económicas e históricas de cada região. *"A garantia de igual tratamento de situações idênticas decorre dos princípios de justiça e de igual dignidade de todos os cidadãos"*

(Catarino, 2002, p. 231), que só é possível de concretização, pelo trabalho descentralizado dos agentes sociais no terreno e os organismos de decisão.

Conhecer e identificar situações que precisam de intervenção e o que melhor se ajusta à realidade, é um trabalho árduo e por vezes infrutífero. A ocultação dos problemas começa na família e na vizinhança, podendo esta lacuna ser superada pelos registos: *"...fichas de atendimento social e os dados referentes a serviços e equipamentos sociais poderiam constituir, não só uma das melhores de informação acerca dos problemas sociais, mas também, uma base invulgar para a tipificação de situações e para a adopção de medidas mais adequadas"* (ibidem, p. 225). Só, assim, se poderão aproveitar convenientemente os recursos disponíveis.

Será baseada em diagnósticos concretos que se poderá partir para propostas estratégicas de actuação, envolvendo solidariedade e Segurança Social.

A solidariedade, conceito hoje muito vulgarizado, define-se como *"...responsabilidade mútua; reciprocidade de interesses e obrigações..."* Dicionário Universal, 2004, p. 1375), atribuindo às pessoas responsabilidades recíprocas e interdependentes. As relações solidárias são relações coesas, significando, também, co-responsabilização, cooperação e proximidade, pelo que se aplicam, com propriedade, às políticas sociais de âmbito local. São a base das Redes Sociais, sendo a co-responsabilização *"...o lastro fundamental e a alma da solidariedade e segurança social"* (Catarino, 2002, p. 232).

Com o objectivo de responder às necessidades das pessoas idosas, têm sido gradualmente implementadas medidas estruturadas que integram os três vectores: **solidariedade, apoio à família e inserção social.** *"Uma das respostas diferenciadas é determinada pelas necessidades específicas das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia, as quais obrigam, na organização social actual, a um processo integrador de duas dimensões indissociáveis: a da saúde e a da segurança social"* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005). Apontam-se, também, medidas e acções a desenvolver, de proximidade do cidadão idoso, tendentes a:

- Promover, de forma adequada e com equidade, uma vida mais autónoma e de maior qualidade;
- Humanizar os cuidados;
- Potenciar os recursos locais;

- Ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e à perda de funcionalidade.

3.1 – O IDOSO E OS RECURSOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

"A velhice é uma prática que tem por objecto a vida,
a solidão por meio
e a autenticidade como finalidade"

André Comte-Sponville

Portugal envelheceu muito rapidamente, inverteu a condição de um dos países menos envelhecidos da União Europeia para um dos mais envelhecidos, devido essencialmente a factores já anteriormente abordados: redução da mortalidade infantil, mais assistência médica e melhoria das condições de vida.

O sistema de saúde português sofre neste início de século uma profunda transformação como consequência de factores sociais, técnico-científicos e político-administrativos. Esses factores que influenciam a evolução dos sistemas de saúde relacionam-se com curvas demográficas, nível de instrução, oportunidades de emprego, urbanismo e outras mudanças sociais favorecedoras de mais bem-estar. Tem-se procurado adiar a morte e prolongar a vida.

A melhoria das condições de vida dos cidadãos e o envelhecimento progressivo da população têm originado um aumento da procura dos serviços de saúde. O grupo dos mais idosos tem vindo a consumir, nos últimos anos, um número significativo de cuidados de saúde, obrigando a um dispêndio adicional de tempo para a aprendizagem de vários técnicos, de cuidados geriátricos e gerontológicos, quer na vertente teórica quer na clínica, e muito especificamente, na formação de enfermeiros. E, parece ser também convicção, que *"a crescente sofisticação técnica e uma crença quase ilimitada, tanto por parte dos utentes como dos profissionais, de que os avanços tecnológicos estão directamente ligados à qualidade e segurança do diagnóstico e à eficácia da terapêutica, resultaram num aumento dramático do custo dos cuidados de saúde"* (Antunes, 2002, p. 198). Todos procuram, e exigem, o melhor das instituições de saúde.

O desenvolvimento humano é um processo contínuo que deverá ser estimulado e concretizado, em todos os indivíduos, possibilitando boas condições de saúde, aquisição

de saberes e acesso aos recursos necessários que lhe permitam um nível de vida aceitável. O aumento da longevidade multiplicou o número de pessoas idosas e deparamo-nos neste limiar do século com uma fronteira onde a mudança quantitativa induz uma mudança qualitativa. O amanhã de muitos velhos (o número de idosos continuará a crescer nos próximos 25 anos) tem de ser cuidado, começando cada pessoa por encarar positivamente o seu envelhecimento.

Sendo uma conquista da ciência e da melhoria das condições de vida, este fenómeno constitui a preocupação dominante da sociedade, em geral, e particularmente dos organismos de saúde, onde esta problemática tem influenciado profundamente as práticas de cuidados. E, enquanto o SNS, por força da Constituição, for o garante e pilar fundamental do acesso aos cuidados de saúde, os gastos com esta constituem a grande fatia do Orçamento Geral do Estado.

A saúde é considerada a primeira condição de desenvolvimento das sociedades, levando a OMS, em colaboração com outras organizações internacionais e os diversos governos, a definir estratégias que, até ao ano 2000, possibilitassem a TODOS *"um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva"* (OMS, Resl. WHO 30.43). É dever do estado garantir ao cidadão o acesso fácil e, tanto quanto possível, directo aos cuidados de saúde. Mas, como parceiro do processo de saúde, o cidadão tem o dever e obrigação de colaborar com as instâncias de saúde. Tem de entender a saúde como um bem que (todos) temos o dever de manter e preservar.

Durante muito tempo a saúde foi considerada apenas como ausência de doença, mas a partir de 1946 a OMS proferiu um novo conceito englobando uma noção mais ampla de bem-estar com integração de três dimensões: Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Apesar da contestação criada, inicialmente, à complexidade que tal definição continha, considerou-se o ponto de partida para as reflexões mais consistentes das últimas décadas. De facto, o ser humano e, como tal, o doente, é um ser complexo e só uma visão holística e sistémica poderá encaminhá-lo para uma verdadeira saúde.

Em 1973, estava, lançada, a orientação global ou holística da saúde quando Dunn descrevia saúde como um estado elevado de bem-estar, concretizando-se em todos os planos da organização pessoal. Porém, *"os estados de saúde ou enfermidade são a expressão do êxito ou fracasso sofrido pelo organismo no esforço por responder,*

adaptando-se às mudanças do meio ambiente" (Branco, 1995, p. 40). Esboça-se, então, saúde como a capacidade do indivíduo se adaptar ao meio, mas sendo, ainda, uma definição limitada, assentando sobretudo na percepção do indivíduo sobre a sua própria saúde e funcionalidade.

Ivan Illich, em 1975, insiste sobretudo na autonomia pessoal como característica essencial da saúde de cada indivíduo, e também a sua participação num meio de vida qualitativo. Isto significa que a pessoa passa a ser responsabilizada pelo ***"bem-estar"***, de forma autónoma e participante. O bem-estar insere-se, assim, num conceito de equilíbrio e implica uma relação estreita entre todas as componentes individuais, sejam elas físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais ou culturais e componentes do meio envolvente. A saúde passa, então, a ser considerada como o equilíbrio e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana (biológicas, psicológicas e sociais) conferindo-lhe potencial de vida.

Este conceito desvincula-se de uma concepção estática de saúde que até então perdurava, surgindo cada vez mais ligada aos modos de vida e à capacidade de adaptação do homem aos factores do meio que afectam o comportamento e o bem-estar. A saúde óptima ou total depende de vários factores e resulta da interacção de um organismo com o seu meio envolvente. É um estado dinâmico e um processo que se desenrola ao longo da vida, durante a qual cada um espera e interpreta efeitos diferentes. A saúde é, assim, um estado positivo no que respeita à saúde física, ao equilíbrio mental e à vida social de cada indivíduo. Ainda na Idade Média, São Tomás de Aquino afirmava: *"vita motus est"* (a vida é movimento). E assim ter saúde será a capacidade para vencer os obstáculos que a vida nos levanta, momento a momento.

Será difícil, portanto, precisarmos um conceito, já que o mesmo advém dos antecedentes, do meio sócio-cultural ou dos percursos de cada indivíduo, passando-se, porventura, de um conceito de base holística para uma concepção sistémica, que nos permite entender hoje, que a saúde não é unicamente tarefa de profissionais mas de toda a comunidade. A saúde é, sobre o mais, um fenómeno social ou, se quisermos até, um fenómeno político.

O actual conceito de saúde pressupõe portanto, o empenhamento e mobilização dos indivíduos na resolução dos seus problemas de saúde, ao qual se associa uma dimensão

social de desenvolvimento das pessoas e dos grupos, se enfatiza o interesse pela compreensão dos seus problemas na sua relação com o seu meio de vida.

Na realidade, a maioria dos problemas de saúde resultam de complexas reacções psicológicas e físicas que o homem sofre, resultantes do meio sócio-ambiental onde se insere. Muitas das novas e velhas patologias e síndromes (SIDA, Toxicodependência, Alcoolismo, Tuberculose) estão associadas a estilos de vida adoptados pelas pessoas no seu quotidiano. A este propósito, permitimo-nos, ainda, acrescentar que a saúde é uma dimensão da ética individual de cada um de nós, é uma dimensão de cidadania.

Poder-se-á concluir que a saúde não é exclusivamente da responsabilidade do sector da saúde, mas exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. A saúde tem de ser assumida por todos e por cada um, tem de ser entendida como um recurso para o dia-a-dia e não como finalidade em si mesma. Esta é uma noção que cada pessoa tem de interiorizar no dia-a-dia e assumida no seu percurso de vida.

Os idosos são um grupo muito vulnerável e grande consumidor dos cuidados de saúde (Carapinheiro, 1990; Nunes, 2002). *"A vulnerabilidade e dependência dos idosos determinam estratégias de intervenção profissional marcadas pela singularidade que, ora se centram na monotonia e na repetição de actos susceptíveis de resolver a situação ocasional"* (Costa, 2002, p. 27), raramente constituem um suporte global para saúde e bem-estar. São acções dirigidas para a resolução pontual de uma manifestação de doença e não na perspectiva da melhoria de vida do cidadão idoso. É um cuidado espartilhado voltado para a doença e não do doente/utente.

É a partir de uma lógica do utente ou lógica de cuidados que *"se pode insuflar nos contextos dos cuidados uma nova atmosfera de humanidade e melhorar a qualidade real do serviço que se oferece"* (Hesbeen, 2000, p. 2). É, efectivamente, de qualidade de cuidados que se trata, qualidade global, numa perspectiva holística do ser humano. É o ser, enquanto ser, ***"enquanto corpo-sujeito"***, que tem necessidade de sentido, que exige atenção.

Situa-se, aqui, a distinção entre ***"tratar"*** e ***"cuidar"***. Será essa a diferença que permite ao enfermeiro/enfermeira enquadrar a sua acção, o conteúdo da sua profissão, *"numa perspectiva de cuidados, portadora de sentido e de ajuda"* (ibidem, p.2) para com a pessoa idosa. É a qualidade da atenção prestada ao utente (sujeito dos cuidados), qualidade do cuidar, que é preciso desenvolver e valorizar hoje em dia. *"Não é das*

práticas médicas que os doentes se queixam, mas da maneira como são exercidas" como afirmava o médico Philippe Meyer (1993). A excelência técnica salpicada de intenções humanizantes, ainda que profundamente sinceras, não constitui a qualidade de cuidados que os utentes necessitam. É importante aliar a ciência com humanidade, para poder dar a cada utente que sofre ou que receia sofrer, cuidados baseados na atenção e na ajuda singular. Essa é a grande responsabilidade dos enfermeiros, para além da orientação e ajuda às pessoas, no sentido de aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais qualquer que seja o seu estado de saúde ou a sua idade.

A enfermagem desempenha uma importante função social que, ao longo dos tempos, se tem vindo a consolidar e a diferenciar. *"A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente"* (Collière, 1989, p. 285). No que respeita a pessoas idosas, nem sempre os enfermeiros se mobilizam para trabalhar com estes utentes ou em serviços onde predominam estas pessoas. Assiste-se, mesmo, a algum desinteresse em trabalhar com pessoas nesta fase da vida. Estas reacções são consonantes com atitudes negativas e estereótipos em relação às pessoas idosas, ao envelhecimento e à doença crónica, presentes na sociedade e que os enfermeiros tão bem interiorizaram.

Actualmente a sociedade, ao valorizar a produtividade e privilegiando os mais jovens como símbolo de progresso e de saúde, pode levar os idosos à exclusão social ou a sentimentos de vulnerabilidade, por não se enquadrarem dentro desses atributos. Com efeito, ser velho ainda é visto por alguns como sinónimo de doente, levando a procurar de forma progressiva e continuada os hospitais, os centros de saúde e mesmo serviços domiciliários.

Muitos dos serviços hospitalares onde predominam as pessoas idosas não constituem atractivo como campo de trabalho dos enfermeiros, considerados serviços de grande desgaste físico e emocional (Moniz, 2003). Nesses locais a pessoa idosa é mais um anónimo a quem se não pergunta qual poderá ser a sua contribuição para o processo de cuidados.

Porém, também nos deparamos, hoje, com aqueles utentes que contestam e, que desejam outra coisa e que se desvia da medicina técnico-científica, para experimentar os meios oferecidos pelas medicinas chamadas suaves ou paralelas, esperando encontrar

nelas uma resposta mais adaptada ao mal que sentem. Como questiona Hesbeen, *"...não será prova de um fosso cada vez mais acentuado entre uma medicina da doença, centrada no órgão ou na função a reparar ou a tratar, e uma medicina do doente baseada na atenção e na ajuda singular que ela pode dar ao sujeito que sofre ou que receia sofrer?"* Hesbeen, 2000, p. 3).

As metas *"Saúde Para Todos"* preocupam todos os trabalhadores de saúde. Mas, apreciando algumas das diferentes publicações da OMS, as suas orientações constituem um desafio para a enfermagem, porque são os enfermeiros os principais prestadores de cuidados de saúde, dentro dos respectivos sistemas. O desafio lançado pela lógica do cuidar é considerável, pois trata-se de fazer funcionar o sistema de cuidados de saúde. E esta lógica tem de evoluir e de enriquecer a própria representação que os prestadores de cuidados têm de saúde.

A expressão *"prestador de cuidados"* é usada para todos os profissionais que exercem a sua profissão em contacto directo com as pessoas que necessitam de cuidados de saúde. São esses que constituem o universo dos prestadores de cuidados. E são estes profissionais que têm de fazer funcionar o sistema de cuidados em geral e o hospital em particular, prestando cuidados de saúde, na lógica do cuidar, ao utente e família na sua situação única e específica.

De facto, se por um lado há mais pessoas idosas a procurar as unidades de saúde, por outro, existem menos enfermeiros a quererem desenvolver a sua actividade profissional nestes serviços, ou a prestarem cuidados a utentes idosos. Os poucos que gostam de cuidar idosos, encontram nas experiências de cuidados, uma fonte de estímulo ao desenvolvimento pessoal, social, emocional e profissional.

O campo de actuação do enfermeiro é muito amplo. Tem, por isso, de agarrar com dinamismo todas as dimensões de competência e de saber, nas mais variadas áreas de intervenção.

A responsabilidade (acção) do enfermeiro oscila entre três pólos distintos e complementares:

- Investigação que permita avaliar com rigor contextos de vida, processos e resultados.

- Promoção/dinamização de meios na sociedade, que permitam formas de vida, que gerem prazer, estimulem e mantenham gosto pela vida, sem prejuízo da saúde.
- Educação/reflexão com o indivíduo ou grupo sobre os estilos de vida saudáveis, os comportamentos a adoptar para proteger e manter a saúde.

Será necessário, aos enfermeiros, assumir o cuidar em enfermagem, baseado nos desafios da saúde para todos; reconhecer que, será importante alicerçar e transmitir novos modelos de valores, que possibilitem, a todos, dar o toque de mudanças, porque:

- À igualdade, começa a contrapor-se a equidade;
- À exigência cega, o compromisso;
- Aos direitos, os deveres;
- À dependência, a responsabilidade individual e colectiva;
- Ao egoísmo, a autêntica solidariedade.

Sem interiorizarmos estes princípios não percebemos que os desafios da saúde para todos, são a base primordial para o sentido pleno de cooperação, o sentido pleno da CIDADANIA. Trata-se de um desafio, designadamente para quem vive uma sociedade pós-moderna, ou seja, complexa e complexificante.

3. 2 – PROGRAMAS MULTIDIMENSIONAIS DE APOIO AOS IDOSOS

" O questionar e a reflexão em comum, em torno das instituições, é que dá a vida e sentido às equipas"

Marie-Françoise Collière

O modo como cada sociedade encara os seus idosos afecta a percepção que estes têm de si próprios e do processo de envelhecimento. Desde o início da civilização que o processo de envelhecimento tem sido alvo da atenção do homem e, desde muito cedo, se foi interiorizando a preocupação do cuidado aos idosos. Era um imperativo de ordem moral, médica e social.

Não se pode esquecer que o processo de envelhecimento engloba aspectos biológicos, que são muitas vezes o resultado da forte interacção de mecanismos psicológicos, culturais, sociais e, até, económicos. Todavia, viver por muitos e longos anos deixou de ser privilégio de muito poucos para ser uma realidade acessível à maioria da população.

Com o acentuar do problema a nível mundial, que alguém já denominou de *"peste branca"* este fenómeno tornou-se num duplo desafio:

- A nível pessoal, no que diz respeito à individualidade própria e formas de vida que a pessoa adopta.
- A nível comunitário, encontrando estratégias pessoais e sociais que permitam encarar o envelhecimento como fenómeno natural e sadio e não como fatalidade.

Neste sentido, no processo de redimensionamento da sociedade para atender às questões do envelhecimento de forma satisfatória, a família assume o papel fundamental. É no seio familiar que a pessoa se desenvolve, se enriquece para a vida. É nesse local de afectos que deve ser cuidado o idoso, elemento de pertença do grupo familiar e da comunidade onde está inserido. *"A família é uma criação do espírito humano e da sua cultura, não e algo de material e imutável..."* (Malveira, 1993, p. 35), é considerada a instituição social básica, a partir da qual muitas outras se desenvolveram à medida que se foram tornando necessárias.

É o centro de desenvolvimento do *"ciclo de vida"*, conceito central, quer para o desenvolvimento da família, quer para o desenvolvimento de cada um dos seus membros. Significa, portanto, que é na família que se faz o acompanhamento da sequência básica do percurso de vida do indivíduo.

A família é considerada, ainda, a nascente geradora de vida e de importante capital social. A importância dada à família no campo das ciências sociais é fortemente marcada pelas mudanças sociais e culturais de um determinado grupo populacional. Assim, pode integrar uma variedade de formas difíceis de avaliar dentro até do mesmo país.

Nos últimos trinta anos a sociedade portuguesa sofreu profundas transformações, conhecendo um significativo aumento de criminalidade, mudanças fundamentais na fertilidade e na estrutura da família. Os valores em que se acreditava estremeceram,

ressaltando o individualismo sobre o sentido de comunidade; o poder sobre a honestidade, conduzindo a níveis decrescentes de verdade. Tal como a Revolução Industrial originou mudanças definitivas nos valores morais da sociedade, actualmente a revolução da *"cultura de informação"* provocou mudanças profundas na estrutura social.

Um dos maiores desafios que se coloca às sociedades modernas é, sem dúvida, a alteração de normas sociais. Entre estas destacam-se as relacionadas com a reprodução, a família e as relações entre os sexos.

As definições de família são, actualmente, o reflexo de uma sociedade em mudança. Na sociedade moderna, a dimensão central da família assenta mais nos sentimentos do que em factores económicos. *"A passagem de uma dimensão instrumental e profissional a uma dimensão afectiva e relacional da família conduziu a uma predominância da figura materna"* (Veríssimo, 2001, p. 73). Estas novas famílias, unidas por laços de amor que sustentam o casamento (Barros, 1990), dão origem à família comunicativa, afectiva, e tem por base a responsabilização e a participação de todos os seus membros. Não se pode resumir a uma relação biológica ou a um simples agregado; está em constante recreação, tendendo para reduzir o seu núcleo.

A força dos laços familiares varia de sociedade para sociedade, como variam também outros tipos de obrigações sociais. Essas forças de intensa ligação e coesão, quer de desenvolvimento familiar quer de investimento em tarefas que valorizam a identidade e a autonomia pessoal, podem apresentar períodos de proximidade familiar (centriptal) ou períodos de retracção familiar (centrifugal). Estes períodos são visivelmente observados em momentos marcados pela alternância da construção/manutenção da estrutura de vida da família com a mudança que se verifica nos momentos críticos de desenvolvimento do indivíduo ou situações de doença (Combrick-Graham; Bears).

Os conceitos *"centripetal e centrifugal"* descrevem a tendência de se mover respectivamente dentro e fora de um centro, pelo que relativamente ao ciclo de vida, eles significam a ligação entre tarefas de desenvolvimento familiar e a necessidade dos membros gastarem energia dentro da própria família para completar as tarefas. Assim, no período centriptal tanto a estrutura de vida do indivíduo como da unidade familiar enfatiza a vida interna da família. Na transição para um período centrifugal a estrutura

familiar muda para englobar objectivos que valorizam a vida individual de cada um fora da família.

O conceito tradicional de família inclui pai, mãe e filhos – família nuclear. Actualmente co-existem outras modalidades: as uniões de facto, famílias uniparentais, famílias reconstruídas (em que um dos membros do casal não é o pai ou mãe natural ou biológica das crianças), famílias alargadas, que incluem diversos familiares directos ou colaterais e, ainda, estruturas alternativas, como famílias comunitárias ou do mesmo sexo.

De qualquer modo, a família numa definição mais lata é caracterizada sempre, pela **unidade familiar**. Representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento, orientação e uma série de dinâmicas inter-membros. A unidade familiar é vista como suporte para o crescimento e mudanças dos seus membros desde o nascimento até à morte.

Relativamente à construção/manutenção, é de primordial importância a formação de uma estrutura de vida que enriqueça a própria vida, baseada nas opções que o individuo/família tomou na fase anterior de transição. Estes períodos necessitam, por vezes, de reajustes e de apoio à reabilitação da família, para manter a estrutura de vida conducente a um desenvolvimento harmonioso.

Como atrás referimos, as mais drásticas e acentuadas alterações de normas sociais foram as relacionadas com a reprodução, a família e as relações entre os sexos. A revolução sexual e a ascensão do feminismo foram, talvez, a causa directa das mudanças profundas no seio das famílias, nos bairros, nos locais de trabalho e, até, no interior das instituições e associações. As modificações nos papéis desempenhados por cada um dos sexos tiveram impacto importante na natureza da sociedade civil.

Parece existir, também, uma certa relação entre família e capital social. As famílias constituem, em primeira instância, *"a mais básica das unidades sociais cooperativas"* (Capra, 2003, p. 264), uma unidade em que o pai e a mãe têm de trabalhar em conjunto para criar, socializar e educar os filhos. A cooperação dentro da família é facilitada pelo facto de ser sustentada pela biologia, ou seja, um certo favorecimento dos elos de sangue, aumentando fortemente as possibilidades de reciprocidade e cooperação no seio dos grupos familiares. Mesmo no mundo dos negócios e das grandes corporações

impessoais e burocráticas, as pequenas empresas constituídas por familiares foram progredindo e mantendo a sua posição económica no sector privado.

Porém, há medida que a sociedade se foi modernizando, a família perdeu importância. Foi lançada num declínio a longo prazo, e consequentemente comprometeu a sua função básica: a reprodução. Ao contrário da produção económica, do ensino ou transmissão de saberes, das actividades de lazer e de outras funções que foram transferidas para o exterior do grupo familiar, não se aceita facilmente a reprodução fora da família nuclear. Assim se explica porque razão as alterações na estrutura familiar foram tão profundas e com consequências pesadas no capital social. Os laços sociais que caracterizavam a família foram substituídos por outros mais impessoais. As mudanças que ocorreram nas famílias ocidentais são documentadas nas estatísticas relativas à fertilidade, ao casamento, ao divórcio e aos filhos nascidos fora do casamento. *"Um dos grandes desafios do século XXI é o da mudança do sistema de valores que está por trás da economia global, de modo a torná-lo compatível com as exigências da dignidade humana e da sustentabilidade ecológica"* (ibidem, 2003, p. 268). Essa mudança tem de assentar em quadros de valores ou princípios, entre os quais:

- Valorização de cada ser humano.
- Construção de uma sociedade mais equitativa e justa.

As sociedades agrícolas transformaram-se em sociedades industriais urbanas num espaço de um século, e todas as normas sociais – então vigentes – costumes e hábitos que tinham caracterizado a vida rural, foram substituídas pelos ritmos da fábrica e da cidade. Esta mudança de normas da típica sociedade camponesa da Europa pré-moderna *"consistia numa densa rede de relações pessoais largamente baseada no parentesco e no contacto directo cara-a-cara, que acontece numa aldeia pequena e fechada"* (Fukuyama, 2000, p. 25). Caracterizava o conceito de comunidade cujos indivíduos se ligavam entre si numa teia de interdependência mútua que afectava todos os aspectos da vida: da família à actividade laboral, do trabalho ao lazer. Na sociedade – conceito aplicado à população industrializada e urbana – as relações sociais *"eram mais formalizadas e impessoais; os indivíduos não dependiam do apoio uns dos outros, em termos minimamente comparáveis e estavam portanto muito menos moralmente obrigados"* (ibidem, p. 25).

As pessoas estavam ligadas umas às outras por aquilo a que se chamava relacionamento de condição, por normas e valores informais. Um pai estava ligado à sua família, por uma condição vitalícia que lhe atribuía uma grande quantidade de obrigações. A mulher, por condição da sua feminilidade, assumia os deveres dos cuidados da família.

As consequências na mudança de comunidades agrícolas para sociedades industriais foram enormes, desvirtuando as normas e regras sociais, levando a uma revolução, cujos valores ainda estão em contínua mutação.

A partir dos anos 70, o Ocidente conheceu uma série de movimentos de emancipação, procurando libertar os indivíduos do constrangimento de numerosas regras morais e normas tradicionais. São disso exemplo os movimentos de libertação da mulher, a revolução sexual, o direito à homossexualidade e outros. *"A libertação que cada um deles procura tem a ver com as regras sociais, normas e leis que restringem indevidamente as opções e oportunidades dos indivíduos"* (ibidem, p. 31), procurando, assim, desembaraçar-se das expectativas sociais criadas à sua volta.

Estas ideias de um certo individualismo desenfreado trouxeram sérios problemas, uma vez que *"a subversão das regras se tornava de certo modo, a única regra remanescente"* (ibidem, p. 33). Mais ainda, o facto de os valores morais e as regras sociais não serem simplesmente restrições arbitrárias à liberdade de escolha individual e serem, sim, uma pré-condição essencial a qualquer espécie de empreendimento cooperativo.

A sociologia actual defende os valores partilhados de uma sociedade como *"capital social"* (conjunto de valores informais ou normas partilhadas pelos membros de um grupo) da mesma forma que se tem de considerar o capital físico e o capital humano no desenvolvimento e crescimento de uma sociedade. James Coleman, responsável pela expressão "capital social" e pelo seu uso mais lato, define-a como *"o conjunto de recursos inerentes às relações no seio da família e às organizações sociais da comunidade e que são úteis ao desenvolvimento cognitivo ou social da criança"* (cf. por Fukuyama, 2000, p. 64). É esse capital social que enriquece cada ser humano, que facilita a cooperação entre as pessoas, que permite o desenvolvimento das instituições e o crescimento económico.

Esse capital social (valores, regras, normas) sendo um valor económico para a riqueza nacional, é igualmente um pré-requisito para todas as formas de esforço colectivo. Os

indivíduos ampliam os seus próprios poderes e capacidades seguindo regras cooperativas que limitam a sua liberdade de escolha, mas permite a comunicação com os outros e a coordenação de acções mais abrangentes. *"As virtudes sociais como a honestidade, a reciprocidade e o respeito pelos compromissos assumidos não são dignos de escolha só por serem valores éticos: têm também um valor financeiro palpável e ajudam os grupos que as praticam a atingirem os objectivos partilhados"* (ibidem, p. 33).

Cada sociedade oferece uma configuração singular. Mas antes de a entender como uma reunião de traços culturais irredutíveis, dos quais nenhum é por definição comparável com um traço homólogo de uma outra sociedade, parece-nos mais justificado entendê-la como um conjunto integrado de práticas, inscrito ao mesmo tempo numa cultura e numa história, e cujos mecanismos de integração e de associação são comparáveis aos que são efectuados em outras sociedades. Tratam-se de mecanismos e não de traços culturais por si mesmo singulares (Héritier; 1996).

Uma cultura de individualismo acaba, algumas vezes, por ver-se privada de comunidade, porque o que caracteriza a verdadeira comunidade são os valores que unem (ligam) as pessoas, as normas e experiências que são partilhadas pelos seus membros. Quanto mais profunda e fortemente forem sentidos esses valores comuns, mais forte será o sentimento de comunidade.

Serão precisas novas regras para permitir outras formas de esforço cooperativo e que nos façam sentir ligados uns aos outros em comunidade. *"O fraco espírito associativo, a incapacidade para cimentar parcerias e alianças, a baixa capitalização"* (Barbosa, 2002, p. 95), são algumas características da nossa actual cultura e de um certo individualismo como valor bem interiorizado. O individualismo é, evidentemente *"a pedra angular da moderna democracia, mas o individualismo excessivo pode ter efeitos negativos na democracia ao tornar a coesão social menos exequível"* (Fukuyama, 2000, p. 93), podendo esta passagem para os valores pós-materialistas, provocar o declínio de certos tipos de capital social.

Existe uma cultura de solidariedade de povo para povo, de região para região, de pessoa para pessoa, de acordo com os seus quadros de valores baseados em tradições, em evoluções ou em ideologias. Em Portugal (como em toda a Europa) instalou-se actualmente um pluralismo cultural (coexistem várias culturas e grupos étnicos) e

diferentes níveis culturais, o que torna difícil uma uniformização e até uma saudável convivência e coesão social.

Nas últimas décadas do século passado foi-se instalando uma crise complexa, multidimensional, cujas facetas afectam todos os aspectos da vida: a saúde e os modos de vida, a qualidade do meio ambiente e das relações sociais, da economia, da política. É uma crise de dimensões intelectuais, morais e espirituais sem precedentes.

Do ponto de vista das relações entre gerações passou-se do convívio familiar de avós e netos (que residiam sob o mesmo teto) para os que raramente conviviam, porque não constituíam a mesma unidade familiar ou já não tinham avós, para outras situações de avós com vários netos e estes com todos os avós e até bisavós. São também muitas as pessoas idosas que não têm netos.

Apesar de nem todos os povos darem muito valor às redes familiares, a solidariedade familiar e particularmente as relações entre gerações, continuam a ter um papel importante e fundamental para o equilíbrio das pessoas idosas. Um estudo efectuado por Fernandes (1997) a jovens universitários, revela que a proximidade residencial entre os seus avós e os seus pais pode constituir uma rede de inter-ajuda quando surge alguma necessidade. Constatou também que algumas avós viúvas residiam na casa dos filhos, onde as mulheres não exerciam actividade profissional fora de casa. A matrilidade das entreajudas é uma constatação neste estudo, que nos atrevemos a classificar como habitual e característica da nossa população feminina.

As alterações da estrutura familiar e a formação de novos modelos de família na sociedade portuguesa são um facto. No entanto, continua a ser a mulher a principal responsável pelos cuidados à família, mesmo que constitua um sobrecarga para além de um emprego fora de casa. É bem provável que a disponibilidade das mulheres venha a reduzir-se, no contexto actual de luta pelo direito à igualdade.

Existem, ainda, outras razões que obrigam a repensar os contornos que hoje caracterizam as famílias:

- A mobilidade familiar, ou seja, a frequente mudança de um lugar para outro, longe da comunidade primitiva, dos familiares e amigos, para aproveitar oportunidades de trabalho.
- A perda do poder patriarcal sobre as cisões dos membros, que na maioria das famílias se perdeu, com o agravar de disputas sobre a divisão de

bens, originando cada vez maior distanciamento e afastamento entre os elementos familiares.

- A família cada vez delega mais o cuidado dos seus idosos e dependentes a instituições da comunidade.

A reflexão que fizemos em torno da família e das suas limitações actuais, com o crescente número de idosos, **cada vez mais idosos**, torna imprescindível apontar outros caminhos que possam diversificar a rede de apoios sociais para fazer face às necessidades desta população.

Mantendo a convicção de que a família é o local privilegiado para manter o idoso porque *"constitui o primeiro lugar de acolhimento"* (Veríssimo, 2001, p. 77), terão de ser pensadas estratégias que apoiem a dualidade **família-idoso** ou apenas o idoso se este reside só.

Como é sabido, em Portugal, o sistema de Segurança Social começou a estruturar-se com a mudança do Regime Político nascido do 25 de Abril. O momento da sua génese é profundamente contraditório, tendo coincidido num contexto de profundas mutações internas, concomitantemente com a crise internacional dos sistemas dos outros países industrializados europeus, a braços com dificuldades sociais idênticas ou mais garbosas ainda. Essas dificuldades são fruto dos choques petrolíferos com repercussões internacionais, da economia em geral e das mudanças demográficas com substanciais acréscimos de despesa.

A descentralização da Segurança Social procurou adoptar medidas políticas descentralizadas com a institucionalização dos Centros Regionais de Segurança Social, procurando racionalizar e rentabilizar as disponibilidades financeiras, melhorar a qualidade e capacidade das respostas, desburocratizar e humanizar o sistema.

O enquadramento constitucional e legal definiu, também, os direitos de cidadania deste grupo específico da população, mas, apenas, no plano conceptual. *"A exclusão social da pessoa idosa e dos idosos dependentes, assume particular dramatismo devido à escassez de recursos e estruturas nas periferias urbanas e zonas deprimidas para a sua integração e prestação de cuidados adequados ao seu integração e prestação de cuidados adequados ao seu estado, sem desenraizamento cultural e afectivo"* (Malveiro, 1993, p. 19).

A Constituição da Republica Portuguesa confere aos idosos direitos que compete ao estado garantir, nomeadamente:

- Segurança económica
- Habitação
- Combate ao isolamento e dependência
- Apoio à família
- Participação na vida social, cultural e económica, de forma a evitar a exclusão.

Objectivos estes, globalmente, ainda por cumprir, embora se tivesse registado um esforço para a construção de equipamentos – Lares e Centros de Dia e Residências Geriátricas – em colaboração com as Instituições de Solidariedade Social.

A nova Constituição da República Portuguesa, em 1976, consagra o princípio de que " *todos têm direito à segurança social"* assim como refere, também, o *"direito à saúde"*. O artigo 67º no seu nº 1 e algumas alíneas do nº 2, confere à família direitos e benefícios económicos e fiscais bem como de participação como elemento fundamental da sociedade, incumbindo ao Estado a sua protecção e promoção da independência – social e económica – de forma a garantir a realização pessoal dos seus membros.

Com o aumento de situações de dependência, tornou-se difícil para a família, sustentar todas as situações de encargos acrescidos com os cuidados que tais situações exigem. E, desde 1980, novas políticas se têm implementado, das quais se destacamos:

- Decreto-Lei n.º 464/80 de 13 de Outubro reformulava os comandos normativos da pensão social.
- Decreto-Lei n.º28/84 de 14 de Agosto estabeleceu os objectivos e princípios orientadores de acção social.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º34/88 criou a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade.
- Decreto-Lei n.º30/89 de 24 de Janeiro definiu o licenciamento e fiscalização de estabelecimentos com fins lucrativos que exerçam actividades de apoio social a pessoas idosas. Regulamentou os lares de idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário. Este diploma legal foi substituído pelo Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio.

- Decreto-Lei n.º141/89 de 23 de Abril configurava o conceito de **ajudantes familiares**, permitindo outras modalidades de apoio.
- Criação do Ano Europeu do Idoso – 1993 (CE, 49/91).
- Decreto-Lei n.º391/91 de 10 de Outubro criou e regulamentou o acolhimento familiar.
- Decreto-Lei n.º329/93 de 25 de Setembro criou o regime de protecção na velhice e invalidez, com a aplicação do Decreto Regulamentar n.º 7/94 de 11 de Março. Foram alterados alguns artigos pelo Decreto-Lei n.º 9/99 de 8 de Janeiro.
- Portaria n.º1417/95 de 24 de Novembro actualizou os valores de pensões.
- Decreto-Lei n.º35/96 criou o Ministério da Solidariedade e Segurança Social.
- Despachos Conjuntos dos Ministérios da Saúde do Trabalho e da Solidariedade de 1 de Julho de 1994 e de 4 de Julho de 1996 que definiram o **Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII).**
- Lei n.º 19-A/96 de 29 de Junho estipulou o rendimento mínimo garantido.
- Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e do Trabalho e Solidariedade n.º 407/98 aprovou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e de cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.
- Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho consagrou o direito a uma pensão pecuniária denominada **complemento de dependência**, para pensionistas de invalidez, velhice e de sobrevivência. Actualizado pelo Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Junho.
- Decreto-Lei n.º 208/2001, de 27 de Julho, que estipulou o complemento extraordinário de solidariedade.
- Portaria n.º 1362/2003, de 15 de Dezembro actualizou os montantes das pensões, assim como a Portaria n.º 584/2004, de 28 de Maio.
- Lei n.º13/2003 alterou a Lei n.º 19-A/96 de 29 de Junho, que criou o rendimento mínimo garantido e passando a designar-se por **rendimento social de inserção**.

A acção social é um sistema que tem como objectivos fundamentais a prevenção e reparação de situações de carência económica, de dependência, de disfunção, exclusão ou outras vulnerabilidades sociais, bem como, o desenvolvimento de capacidades das pessoas e a sua promoção comunitária.

O enquadramento legal tem sido favorável à promoção de iniciativas de apoio aos idosos. Mas, o isolamento provocado pela reforma e estilos de vida familiar, o emprego da mulher e a migração, são alguns dos factores que vem dificultar a *"desinstitucionalização"* do idoso com a criação de medidas alternativas.

Desde o início da década de 90 que no Distrito de Viana do Castelo tem sido incentivado, ainda que de forma insuficiente, a manutenção do idoso na sua própria casa, sendo-lhe prestados cuidados domiciliários bem como apoio às famílias, no âmbito da acção social. Surgiram, então, as **ajudantes familiares** que prestavam apoio à família e as **famílias de acolhimento**, nos casos em que não existia ou não houvesse disponibilidade da família natural. Esses programas de integração familiar, aprovados pela Segurança Social, requerem outros desenvolvimentos de cuidados de enfermagem domiciliários (que são praticamente inexistentes), e uma reorientação do papel da família nos cuidados de suporte. *"O Centro de Saúde pelas suas características continua a ser a instituição de primeira linha para prestar cuidados de saúde ao idoso, no entanto, devido à falta de recursos humanos e materiais, relega muitas vezes essa função para o sistema familiar, sem condições e conhecimentos, ou para redes de solidariedade locais"* (Simões, 1997, p.78).

As grandes carências de apoio à família nos cuidados de saúde leva a que se exerça grande pressão sobre os hospitais que não estão vocacionados nem preparados para acolher os idosos. A não existência de hospitais de retaguarda leva, também, a frequentes queixas dos idosos e suas famílias face à desumanização dos serviços e instituições. Apesar de serem os principais clientes das unidades de saúde, a especificidade dos seus problemas não encontra resposta adequada no actual contexto e panorama do Serviço Nacional de Saúde.

A ONU em 1997 retomou os princípios definidos na sua Resolução 46/91 de 16 de Dezembro, induzindo os vários países a incorporá-la nos seus programas nacionais, princípios esses que podem agrupar-se em cinco áreas:

- **Independência** – compreende a criação de condições materiais e relacionais de modo a que o idoso mantenha a sua autonomia e permaneça no seu meio.
- **Participação** – que implica a participação e integração na sociedade, por parte do idoso.
- **Cuidados** – contempla o acesso a serviços jurídicos, serviços sociais e cuidados de saúde que promovam a independência.
- **Crescimento e desenvolvimento pessoal** – pressupõe que o idoso desenvolva as suas capacidades acedendo a actividades educativas e de lazer.
- **Dignidade** – permitindo-lhe vida com dignidade e segurança (Pimentel, 2000).

Na sequência do compromisso com estes princípios, a legislação portuguesa a partir de 1997, orientou-se para a promoção da qualidade de vida das pessoas de idade, sobretudo dos idosos dependentes. Foram definidos vários projectos e criada legislação própria, com objectivos dirigidos ao bem-estar da família e à resolução dos seus maiores problemas. São disso exemplo: criação e regulamentação do Rendimento Mínimo Garantido; criação do Programa Idosos em Lar; criação do Cartão do Idoso; Programa Turismo Sénior; Actualização das prestações pecuniárias às famílias de acolhimento de pessoas idosas ou adultos com deficiência; actualização das pensões de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social; adesão de Portugal à comemoração do Ano Internacional das Pessoas Idosas – 1999.

Salienta-se ainda a importância do programa de apoio integrado a idosos que contempla os seguintes projectos: Serviço de Apoio domiciliário; Centro de Apoio a Dependentes/centro Pluridisciplinar de Recursos; Formação de Recursos Humanos; Serviço de Telealarme; Saúde e Termalismo; entre outros.

Mais recentemente, já no limiar do Milénio, a progressiva consciencialização da necessidade de políticas intersectoriais que respondam às necessidades reais das pessoas e suas famílias tem conduzido ao desenvolvimento de programas e medidas, baseadas em metodologias de intervenção integrada – parcerias ou protocolos – entre várias instituições. Centram-se nos princípios da cooperação e exigem abordagens transversais, orientadas para as pessoas em situação de dependência.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 22 de Março definia a rede de cuidados continuados integrados – **Rede Mais** – que veio a ser aprovada pelo Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro.

A protecção social das pessoas com elevado grau de dependência constitui uma prioridade do governo já expressa em vários programas governamentais e com enquadramento legal. Programas esses com dimensão da área da solidariedade e segurança social e área da saúde, materializados no conceito de **cuidados continuados integrados,** assentes numa rede de respostas que tem por base um *"conjunto de serviços prestadores de cuidados de recuperação em interligação com a rede de cuidados primários e com os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, visando prevenir situações de dependência, mediante um plano de individual de intervenção complementar de recuperação global"* (Plano Nacional de Saúde 2004-2010, p. 90).

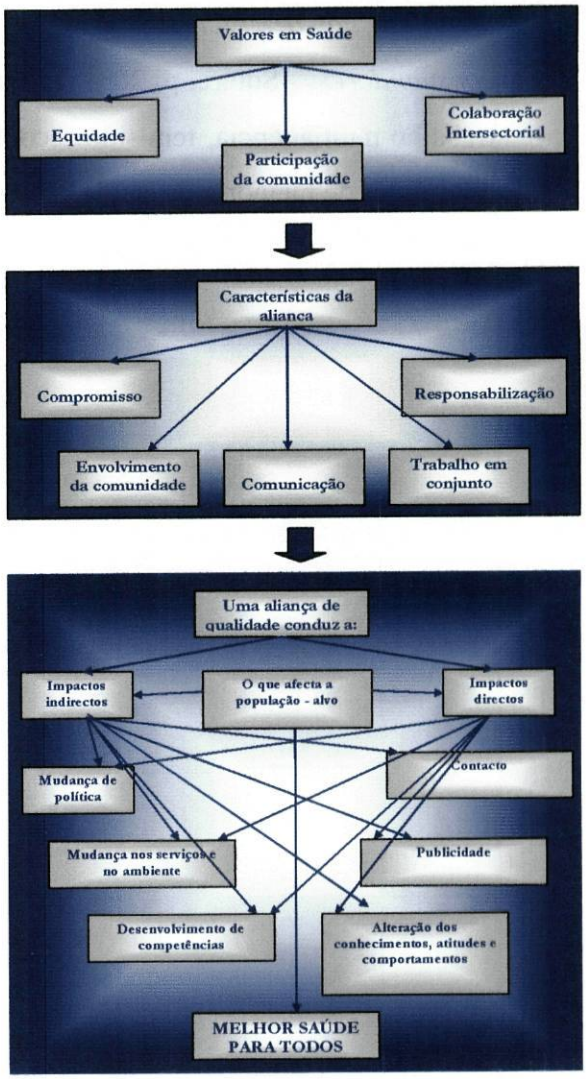
Na procura de melhores respostas para as necessidades das pessoas idosas, as parcerias são a forma encontrada para permitir aumentar a *"influência sobre os factores que afectam a saúde e bem-estar"* (Squire, 2004, p. 205) permitindo-lhes mais e melhor qualidade de vida. A cooperação na promoção da saúde significa todos trabalharem juntos para o mesmo fim. *"As comunidades e a sociedade em geral têm direitos de participação e também obrigações de cooperarem entre si para se certificarem de que as pessoas idosas têm os melhores cuidados sociais e de saúde possíveis"* (ibidem, p. 205). Destas parcerias de cuidados proliferam várias redes de apoio social e de saúde.

Lalonde (1974) citado por Squire *"percepcionou o comportamento humano, o ambiente, o estilo de vida e as organizações de cuidados de saúde como um todo unificado que permite a toda a gente que toda a gente se aperceba da importância de todos os componentes"* (ibidem, p. 206). Daí que, os serviços sociais e de saúde precisam de formar parcerias e alianças de cooperação saudáveis, capazes de transformar as estruturas sociais e políticas em benefício da saúde e bem-estar dos mais idosos. Estas alianças têm de envolver, também, os utentes. As suas opiniões e escolhas são fundamentais, revertendo em mais valias e sucesso de qualquer programa a implementar:

- Os serviços têm maior probabilidade de eficácia, se considerados na base das necessidades indicadas pelos idosos e planeadas com eles.

- Os utentes (ou doentes) apelam a mais informação acerca dos cuidados de saúde, levando os profissionais a recorrerem a mais formação e enriquecimento profissional.
- As pessoas que recorrem às instituições ou serviços públicos esperam ser envolvidas nas unidades a criar, como forma de justificar investimento ajustado aos seus problemas.
- A satisfação dos utentes melhora quando se sentem envolvidos nos seus próprios cuidados de saúde.
- Os resultados melhoram, através da satisfação dos utentes e do seu próprio envolvimento nos cuidados.

Figura n.º 3 – Fundamentos de uma rede de parceria em saúde



Adaptado de: Squire, Anne – *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência, 2004. p.207

Há, no entanto, alguns pressupostos a considerar quando se pretende constituir parcerias para trabalhar em saúde. Esses pressupostos ou fundamentos são exemplificados na figura n.º 3, que documenta, de forma esquemática, as características (ou fundamentos) de uma rede ou aliança de uma qualquer parceria em saúde.

Aprender a conviver é um desafio do novo milénio. *Somos um grupo, enquanto somos capazes de, diferencialmente, eu ser eu, vivendo com você e Você ser você, vivendo comigo"* (Freire, 2000, p. 59). O prazer da convivência e a prática da solidariedade são necessários, até, para uma qualidade de vida no trabalho. A interdisciplinaridade substitui o trabalho individualizado na saúde.

Trabalhar em rede e em parceria produz benefícios que podem ser

analisados em função das necessidades dos idosos, da organização ou da comunidade a que pertence e das respostas obtidas, promotores do desenvolvimento em saúde. Para isso tem de haver compromisso de todos, no sentido de derrubar as barreiras entre as organizações para melhorar os cuidados locais.

Esse trabalho de cooperação e parceria exige uma série de capacidades e competências para trabalhar em equipa. Mas proporciona, também, a troca de experiências e o enriquecimento pessoal e profissional pela partilha de recursos e mais saber. Ajuda a motivar as pessoas; proporciona um espaço de discussão, reflexão e colaboração na resolução dos problemas dos idosos; é um espaço de mediação dos interesses da sociedade nas questões da saúde e sociais. Serve, ainda, para clarificar o papel de cada um na qualidade e na responsabilização dos cuidados aos idosos e *"encoraja a identificação de recursos e a melhor forma de os usar para benefício dos consumidores"* (Squire, p. 208). Trabalhar em equipa e parceria, também designado por trabalho multiagência, tem sido reconhecido como a forma de atingir mudanças reais e constantes de melhoria da saúde das pessoas e das comunidades.

II PARTE

DA TEORIA Á PRÁTICA

1 - ESCOLHA E CAMINHO DE INVESTIGAÇÃO

"Quando se pensa, caminha-se pelo deserto"
Jean-François Lyotard

A escolha do desenho metodológico tem de procurar harmonizar os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (procura/busca de conhecimento científico), a compreensão e a explicação dos percursos evolutivos da enfermagem como disciplina e profissão e, também, os contornos e natureza do problema a investigar. Ora, o objecto desta investigação é o ser humano que se distingue pela sua "infinita" complexidade e, neste caso, **o ser humano idoso, no seu domicílio primário ou de substituição,** com um comportamento e necessidades específicas, solicitando dinâmicas de parceria e um labor interdisciplinar como, afinal, tudo o que é humano, para além de uma compreensão dos percursos evolutivos da enfermagem como disciplina e profissão, dado tratar-se do contexto profissional onde a problemática se insere.

Esta complexidade do campo investigativo solicita uma selecção apurada do tipo de investigação a seguir. Exige uma atitude investigativa que procura em cada momento a aproximação a um modelo mais integrativo e compreensivo, permitindo conhecer e entender melhor a realidade das pessoas, e não, apenas, um desenho investigativo definido à priori, numa lógica de abordagem positivista. *"O reinado do número e da estatística, por muito eficaz que seja, faz-se à custa daquilo que escapa, por natureza, aos números e aos modelos"* (Quéau, 2001, p. 405). A opção por uma investigação quantitativa, cuja abstracção numérica, de grande eficácia pós-moderna, apenas facilitará a investigação e permitirá criar impasse sobre o obscuro e indizível do ser humano.

A investigação em Enfermagem, segundo Leininger (1985), tem como finalidade descobrir a natureza, essência, atributos, significado, características e compreensão de fenómenos particulares no paradigma qualitativo. Tem de descrever e explicar os fenómenos de enfermagem relacionados com cuidados de saúde, prevenção ou recuperação da doença. E, tratando-se de pessoas idosas, é importante uma investigação na família e comunidade, no seu meio cultural e social. É nesse contexto que se tem de

observar, analisar e identificar os hábitos de vida, os seus valores, as suas crenças e a sua necessidade de cuidados. É aprendendo com as pessoas que se consolida o conhecimento científico e se produz uma melhor prática de cuidados. Só a evidência factual pode mostrar se uma teoria está certa ou errada ou permitir gerar novos modelos teóricos.

Os modelos mais condutistas e quantitativos foram, durante muitos anos, os mais utilizados, mesmo no campo das Ciências Sociais, como o positivismo determinava. Em muitas ocasiões essa *"verdade metodológica"* esvaiu-se de certezas e foi a causa de apreciações erróneas em Ciências Sociais e Humanas. Hoje, os ventos da pós-modernidade e a emergência de novos paradigmas, tornam impensável restringir o estudo do homem a meros enunciados de números, fórmulas, normas e experimentações. Caminha-se para um paradigma complexo que procura adaptar a ciência ao homem e não o homem à ciência.

Em finais dos anos 60 começa a aceitar-se a expressão *"investigação qualitativa"* nas Ciências Sociais e, na década seguinte, surgem as primeiras investigações qualitativas de natureza fenomenológica como reacção ao positivismo. Esses investigadores – com os contributos dos teóricos da Sociologia – aperceberam-se que as transformações sobre a vida das pessoas não podem ser quantificadas e circunscritas, apenas, aos dados objectivos, havendo necessidade de uma interpretação mais profunda dos fenómenos.

Cool, citado por Trigo (1998, p. 210), apresenta seis pontos constituintes de um novo paradigma integrativo e compreensivo que parece poder adaptar-se à investigação em enfermagem:

- *"A investigação tem de ser julgada pela sua capacidade de predição, para o conjunto de fenómenos que tenta explicar.*
- *A subjectividade é uma característica fundamental do comportamento humano*
- *A conduta humana tem uma dimensão histórica e social*
- *A conduta humana é (já o disse a fenomenologia) intencional e, nas suas mudanças, há um nexo causal causa-efeito, sem esquecer a imprevisibilidade do humano.*
- *Na investigação psico-educativa estabelece-se uma relação entre investigador e sujeito investigado que tem repercussões decisivas sobre os resultados, sendo necessário separar o investigador dos factos sob o pretexto de objectividade.*
- *A procura de leis gerais não é objecto ajustado à psicologia, ou mesmo à pedagogia".*

A investigação é, antes de mais, um processo, uma caminhada sistematizada que permite investigar problemas ou fenómenos com o objectivo de obter respostas a questões precisas, constituindo "... *um método explícito que inclui uma série de etapas intelectuais e de técnicas operatórias para resolver um problema*" (Fortin, 1999, p.22).

A mesma autora afirma *"...os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação"* dizendo, ainda, que *"... o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação"* (ibidem, p. 28).

Neste sentido, a programação metodológica terá de traçar um caminho a seguir, pautado pela filosofia subjacente à corrente positivista (numa investigação quantitativa) ou por uma corrente naturalista (na investigação qualitativa), bem como criar e recriar o caminho a cada momento, numa atitude de compreensão e interiorização da realidade. Na realidade, *"A verdadeira tarefa da ciência, na busca da compreensão do mundo, é procurar aproximar-se da verdade de todas as coisas, com a única certeza de que cada nova descoberta traz-nos uma série de problemas inesperados"* (Feitosa, 1993, p. 40).

A procura de um determinismo, típico das ciências da natureza, não se ajusta a qualquer uma das ciências humanas, onde, acrescente-se, se integra a ciência da enfermagem. E, aqui, torna-se necessário um novo paradigma investigativo, com diferentes tradições e posições teóricas que aglutine a etnografia, a hermenêutica, a fenomenologia – a que alguns autores chamam de investigação naturalista, interpretativa e ecológica – que se complementam para adquirir **significação contextualizada ao mundo complexo do ser humano,** e, capaz de ir além da investigação qualitativa. A inter-relação de factores sócio-ambientais e saúde, de bem-estar psicológico, percepção de saúde e qualidade de vida; de integração social, percepção de vida e stress familiar; são dados a investigar e a *"olhar"* de vários ângulos, no sentido de melhor entender a realidade. Diante de pessoas idosas, o caminho a seguir pressupõe o alargamento do reportório metodológico, permitindo, assim, um aprofundamento e melhor compreensão dos problemas reais deste grupo etário.

O trabalho foi assumido com um sentido profundo de orientação da pesquisa, onde a aproximação ao ambiente sócio-cultural e familiar, constituiu um sistema de *"osmose"* dos elementos de observação e dados recolhidos na interacção com as pessoas idosas e cuidadores, procurando modificar ou auto-construir, sempre na procura de mais e melhor conhecimento. Neste sentido, recorde-se as orientações de Sérgio (1999, p. 64) quando afirma que *"...é na praxis, ou seja, na integração de todos os saberes que melhor podemos sintetizar a unidade expressiva da pessoa humana. É imperioso, por isso, procurar as condições da pesquisa inter e transdisciplinar, numa área onde se*

estuda o corpo vivido, o corpo sujeito, ao passo que a antropologia, a biologia e as chamadas ciências da saúde se referem, acima de tudo, ao corpo, na sua dimensão objectiva e visível". Foi, assim, assumida esta investigação, convivendo e observando as pessoas idosas, relacionando os seus problemas de saúde, comunicacionais e afectivos com as questões sociais e comunitárias.

Todavia, tornou-se necessário, traçar um fio condutor, explicitar e sistematizar o desenho metodológico, organizar e testar os métodos ou instrumentos de colheita de dados, determinar a amostra, planificar a forma de controlo das variáveis a utilizar e, também, a análise, interpretação e formas de apresentação dos resultados.

1.1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO

"Quem não compreende um olhar,
tão pouco compreenderá uma explicação"

Mário Quintana

Nos últimos decénios tem-se assistido a uma mudança radical da sociedade, *"...uma camuflada explosão de desigualdades: o aparecimento de novas e mais brutais formas de exclusão social e não-justiça; a proliferação de nacionalismos, integrismos e xenofobias..."* (Paiva, 2004, p. 12), perdendo-se alguns valores e identificando-se outros que nem todos interiorizam, levando, por vezes, aos chamados conflitos de gerações.

Os idosos são pessoas vulneráveis, susceptíveis de deterioração física, facilmente perturbados pelas crises sociais. Os seus problemas, quando identificados precocemente, podem ser controlados e evitadas muitas situações drásticas para o próprio, ou com implicações dispendiosas para a sociedade.

A preocupação com a redução do tempo de permanência nos hospitais, a expansão dos serviços de saúde com orientações para *"...promover uma maior intervenção dos serviços de saúde na melhoria da articulação inter-pessoal, intergeracional, familiar, interinstitucional e de solidariedade na comunidade"* (Ministério da Saúde, 1999, p. 36) e as condições de vida destas pessoas têm constituído algumas das nossas preocupações.

Também, no documento emanado pela OMS *Saúde 21* (2000), como preparativo para a 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem, que decorreu em Munique, nos é colocado o mesmo desafio, uma vez que

> *"...os cinco milhões de enfermeiros europeus, que se encontram em actividade, têm um papel preponderante na procura e na melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Para além de formarem o maior grupo de profissionais de saúde, são frequentemente o primeiro contacto dos doentes com o sistema de saúde e/ou os primeiros prestadores de cuidados. A enfermagem é o grupo profissional mais vocacionado para os cuidados continuados, para os grupos de risco e/ou os mais vulneráveis".*

Da prática quotidiana, no exercício da docência, fomos constatando, e testemunhamos, também, os problemas reais de funcionamento dos serviços, cujos reflexos na saúde são grandes e afectam o cidadão idoso. São disso exemplo:

- Deficiente articulação de serviços, originando perdas de informação, gastos desnecessários às instituições e ao próprio utente.
- Carência de recursos materiais e humanos para fazer frente aos problemas dos idosos, cuja acessibilidade aos cuidados de saúde é cada vez mais dificultada.
- Reduzida eficácia na gestão de serviços e deficiente articulação funcional, limitando a adequada prestação dos cuidados, sobretudo de "*...assistência domiciliária, médica e de enfermagem...*" (Ministério da Saúde, 1999, p. 77), com efectivo apoio domiciliário integrado.

Estas reflexões e a percepção da importância atribuída ao trabalho do enfermeiro no desenvolvimento e construção do bem-estar e melhor saúde para todos, levou-nos a investigar os problemas/necessidades dos cidadãos idosos, hoje e aqui (Cidade de Viana do Castelo), quais as suas perspectivas e desejos que proporcionem mais e melhor qualidade de vida.

Sistematizamos, então, um conjunto de questões, sem preocupação exaustiva de tudo que gostaríamos de conhecer do idoso e que serviram para orientar todo o processo de investigação:

- Quais os cuidados e necessidades sentidas e referidas pelos idosos?
- Quais as suas expectativas face à sociedade actual e estruturas de apoio que a mesma oferece?

- Quais as respostas possibilitadas pelas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou organismos da Segurança Social, aos idosos que se mantêm em ambiente familiar?
- De que forma se facilita a acessibilidade dos idosos aos sistemas de saúde?
- Que dinâmicas sócio-familiares se desenvolvem para colmatar as necessidades do indivíduo idoso?
- Quais as dificuldades ou limitações da família e prestadores de cuidados na assistência aos idosos?
- Qual a satisfação do prestador de cuidados na assistência aos idosos?
- Quais as instituições que integram as parceria/protocolos de atendimento aos idosos?
- Qual a satisfação dos idosos face à assistência prestada?
- Existem carências no atendimento sócio/familiar/relacional nos idosos da Cidade de Viana do Castelo?
- Quais as dinâmicas ou projectos da Cidade Saudável que contemplam os idosos?

Para concretizar um projecto investigativo sólido e dar resposta às nossas preocupações, traçamos alguns objectivos que consideramos serem a base dos caminhos a percorrer no estudo:

- Conhecer as necessidades reais dos idosos no domicílio primário ou de substituição.
- Identificar áreas que condicionem estilos de vida saudáveis ou perturbem o bem-estar dos idosos.
- Analisar os recursos existentes na família para apoio às necessidades do idoso, de acordo com os seus graus de dependência.
- Identificar os idosos com cuidadores formais e/ou informais
- Conhecer as redes de apoio sócio-cultural e familiar que acompanham a assistência e prestam cuidados aos idosos no domicílio.
- Analisar como funcionam as parcerias ou redes de apoio às pessoas idosas.
- Reconhecer eventuais focos de perturbação/preocupação da pessoa idosa com as pessoas prestadoras de cuidados.
- Conhecer a satisfação dos idosos e a sua relação com o prestador de cuidado.

- Reconhecer as estratégias desenvolvidas por entidades políticas e de saúde para facilitar a acessibilidade dos idosos aos Serviços de Saúde.
- Compreender o papel do enfermeiro tendo em vista a manutenção de cuidados de qualidade aos idosos.
- Conhecer a satisfação do prestador de cuidados, bem como, as suas dificuldades ou limitações.

1.2 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

"A verdade anda por aí nas relações harmoniosas desse universo infinito"

Anna Feitosa, 1999, p. 63

A ciência alimenta-se de dúvidas e incertezas mas precisa de alguns pontos de referência (e de algumas certezas) para caminhar. Daí que, fazer a opção e selecção do desenho de investigação a seguir foi das etapas mais difíceis, uma vez que se tratava de estudar pessoas, num contexto de vida próprio.

A forma como cada ser humano se comporta *"...define a sua própria situação de ser e estar no mundo e embora de modos diferentes, cada pessoa existe e se realiza pela mediação dos outros"* (Santos, 2000, p. 51). Pelo que cada indivíduo tem necessidade (e tem direito) de ser olhado, escutado, compreendido e reconhecido na sua identidade e singularidade.

Na busca de novo conhecimento, as actuais correntes de investigação não duvidam em utilizar diferentes metodologias (qualitativa e quantitativa) com o fim de conhecer mais a realidade das pessoas, uma vez que *"O humano escapa à razão físico-matemática como a água se escapa por uma canastra"* (Ortega e Gasset, 1971).

Seria inconsequente partir de uma concepção da realidade e não utilizar métodos de intervenção no processo investigativo que não correspondessem a esta complexidade. Daí a dificuldade de perseguir um caminho rígido de investigação quantitativa e partir para um modelo com introdução de paradigmas científicos de melhor compreensão da realidade. Assim, a decisão em situar o estudo num paradigma eclético (ecológico, compreensivo, sistémico), permitiu maior flexibilidade e aproximação ao mundo complexo dos idosos.

Ao procurar a construção de uma proposta metodológica, confrontamo-nos com muitos paradoxos e equívocos, como é natural numa ciência, ainda, em construção. Mas, *" a verdadeira tarefa da ciência, na busca da compreensão do mundo, é procurar aproximar-se da verdade de todas as coisas, com a única certeza de que cada nova descoberta traz-nos uma série de problemas inesperados"* (Feitosa, 1993, p. 62).

A investigação que pretendemos fazer inscreveu-se numa análise descritiva e qualitativa, própria dos modelos interaccionistas, fazendo recurso, também, a metodologia quantitativa para os dados sócio demográficos. Consistiu num estudo de uma franja da população, tendo como função primordial descrever certas características do grupo de idosos como um todo. Com um grande número de variáveis, proporcionou informação variada sobre a qualidade de vida das pessoas idosas a viver na cidade de Viana do Castelo e, permitiu, ainda, analisar alguns factores que influenciam essa qualidade de vida.

Utilizaram-se técnicas de amostragem com carácter representativo da população alvo. Pesquisaram-se aspectos qualitativos como comportamentos e opiniões, mas também escalas que permitem a quantificação (Escala de BARTHEL, e grelha do IQVI- Índice de Qualidade de Vida do Idoso). Outros instrumentos, como análise documental, observação em campo, entrevista e questionário constituíram os meios utilizados, permitindo afirmar que foram seguidas metodologias do tipo qualitativo e quantitativo. Os procedimentos metodológicos são, adiante, explicitados.

Procurou ser uma investigação do tipo ESTUDO DE CASO que Fortin (1999, p. 164) define como "... *uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização"* . O estudo de caso, como modelo de investigação qualitativa, é *"...um meio de apreensão do real que fixa o quadro instrumental da apreensão dos dados"* (Bruyne, 1991, p. 223). A situação (ou caso) deve ser bem delimitado, com contornos devidamente definidos ao longo de todo o estudo. O estudo de caso pode, assim, *"...integrar-se num conjunto global susceptível de se dotar de uma coerência interna"* (ibidem, 1991, p. 128).

Os estudos de caso têm características muito próprias, que autores como Ludke e outros (1986) descrevem, das quais evidencio:

- Visam a descoberta;
- Dão ênfase à interpretação dos dados localizados num contexto específico;

- Procuram retratar a realidade de forma completa e profunda;
- O investigador pode lançar mão a dados provenientes de variadas fontes;
- E os relatórios dos estudos de caso prestam-se a um discurso mais acessível do que os outros, sobretudo de estudos quantitativos.

Para estes autores, são imensas as possibilidades que o investigador tem ao seu alcance para apresentar os dados recolhidos, provenientes do estudo feito. Importa, e torna-se fundamental, que a transmissão seja clara, directa, bem articulada e num estilo acessível. Pode recorrer-se ao informal e narrativo, à ilustração através de figuras de linguagem, citações, exemplos e descrições.

O projecto investigativo desenvolvido enquadrou-se nestas perspectivas caracterológicas. Decorreu por fases: num primeiro momento houve a preocupação de apreender o real de forma aberta e exploratória; numa segunda fase, sistematizou-se o estudo relativamente à colheita de dados, foi feita a testagem de instrumentos, definidos e desenvolvidos todos os procedimentos metodológicos anteriormente programados; na terceira e última etapa procedeu-se à análise e interpretação dos dados recolhidos. O trabalho de investigação finalizou com o relato do estudo.

Os procedimentos metodológicos foram variados, seguindo percursos de abordagem qualitativa e, também, quantitativa, sem perder de vista os objectivos deste trabalho que se canalizavam no sentido de **analisar e compreender o trabalho intersectorial e multidisciplinar, como contributo de maiores ganhos nos cuidados aos idosos, bem como identificar os cuidados que necessitam, as suas expectativas, o que lhes pode trazer bem-estar e melhor e mais qualidade de vida.**

1.3 – OBJECTO DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA

"O idoso dispõe, mais do que os jovens, de tempo, de solidão, de perspicácia, de uma rica experiência de vida e de serenidade"

Hermógenes, 2002.

Viana do Castelo dá nome ao distrito mais a norte e litoral do país, com 250 275 habitantes, estendendo-se desde a vizinha Espanha, separada pelo Rio Minho até às

margens do Rio Neiva, que define a sua fronteira com os concelhos de Esposende e Barcelos que integram outro distrito da província do Minho, o distrito de Braga. Compreende a Região Norte Minho-Lima (NUTS II), com dez concelhos, duzentas e noventa freguesias, treze vilas e uma cidade, abrangendo uma área topográfica de 2 219 km2, com uma densidade populacional de 113 hab./Km2. Da população residente do distrito, 20% tem mais de 65 anos (ARS-Norte, Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, 2004).

É um distrito essencialmente rural, com problemas de analfabetismo e uma acentuada emigração, o que desestabiliza a estrutura familiar e provoca o isolamento do idoso, constituindo este grupo etário uma problemática de relevância maior.

O concelho de Viana do Castelo estende-se pelas duas margens do Rio Lima, até cerca de 15 km da foz, alongando-se, também, por 26km de litoral para norte da foz do Rio Neiva. Ocupa uma área de 314,4 km2, abrigando uma população de 84.590 habitantes, o que se traduz numa densidade populacional de 269,1 hab. /Km2. Está dividido em quarenta freguesias – **cinco das quais incluídas no perímetro urbano**.

Por todo o concelho, a paisagem verdejante abriga uma vasta série de preciosos monumentos e casas senhoriais, oferece a beleza de extensas praias de areia fina; acolhe um valioso conjunto de espaços de animação cultural; e nas extensas *"toalhas líquidas"* disponíveis, faculta a prática de variados desportos náuticos, proporcionando, na etnografia, folclore, artesanato e gastronomia, as expressões mais qualificadas da cultura popular portuguesa. Segundo a Associação de Municípios Portugueses *"O surto de desenvolvimento que a cidade e o concelho atravessam, mercê de uma cuidadosa e previdente planificação, estão a dotar o município de infra-estruturas, equipamentos e espaços de qualidade, condizentes com a excelência do magnífico património natural de que se orgulha"*. [2] O regime de minifúndio predominante – devido ao acidentado do solo e característico da paisagem do Alto Minho – e uma intensa densidade populacional, sempre impulsionaram a emigração. Esta, foi primeiro para o sul de Portugal, em procura de terras de cultivo, que permitissem sustento de famílias numerosas e depois, para as terras descobertas, nomeadamente para o Brasil, o que originou uma paisagem humana e urbanística peculiar.

[2] Associação Nacional de Municípios Portugueses - *Álbum de prata do poder local democrático*.2002,p.283.

Com duas grandes empresas industriais – Estaleiros Navais de Viana do Castelo e Indústria Celulosa de Viana do Castelo (PORTUCEL/CELNORTE) – outras pequenas indústrias têm crescido no seu perímetro industrial, dando algum impulso e incremento à actividade económica do concelho. Porém, as características predominantes do seu solo e clima fazem do sector terciário a grande fonte de actividade económica.

A cidade de Viana do Castelo, situada na foz do Rio Lima, banhada pelo rio e pelo mar, estende-se pelas franjas do Monte de Santa Luzia e do Monte Galeão, respectivamente na margem direita e esquerda do rio. Unida por duas pontes, uma já centenária com trânsito automóvel e ferroviário, orgulha-se da sua incomparável beleza paisagística e do carácter alegre, expansivo e hospitaleiro das suas gentes. Cidade marinheira, foi berço de ricos armadores e arrojados mareantes, que a dotaram de um vasto património monumental e artístico, um dos principais argumentos invocados por D. Maria II, para, em 20 de Janeiro de 1848, elevar a próspera vila da Foz do Lima a cidade, com o nome de Viana do Castelo. Esta vila foi criada em 1258 por foral de D. Afonso III.

O seu porto de mar, que foi o motor dos momentos mais altos da sua história, continua a ser um renovado equipamento de apoio ao desenvolvimento económico da cidade e de grande prestígio para o seu município.

Viana do Castelo é uma cidade piscatória, com características urbanas, semi-urbanas e rurais, devidas ao alargamento recente pelas freguesias de Areosa e Meadela, abrangendo uma área de 28.7 Km2.

Está integrada na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis do Projecto CIDADES SAUDÁVEIS da OMS.

O terreno de pesquisa onde se desenvolveu o estudo, foi constituído pelo universo de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, num total de 5087[3], a residir em domicílio primário ou de substituição, nas quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo – Areosa, Meadela, Monserrate e St.ª Maria Maior. Administrativamente, a cidade compreende uma outra freguesia, Darque, que foi excluída do estudo por ter trabalhos desenvolvidos no âmbito dos idosos – integrados em projectos de luta contra a pobreza – ter características populacionais muito próprias e estar abrangida por outro centro de saúde.

[3] Dado obtido no Centro de Saúde de Viana do Castelo através do registo do cartão do utente

Tendo por base as estimativas dos censos 2001, residiam, no ano de 1999, na cidade de Viana do Castelo 28747 pessoas, das quais 4501 são idosos, assim distribuídas pelas quatro freguesias, como se pode ver no quadro n.º5:

Quadro n.º 5-Distribuição da população residente e do n.º absoluto e percentual de idosos em quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo

Freguesia	População residente	Nº. Idosos	%
Areosa	4 485	709	15.81
Meadela	8 685	995	11.46
Monserrate	5 637	1 067	18.93
Sta. Maria Maior	9 940	1 730	17.40
Total	**28 747**	**4 501**	**15.66**

Fonte: INE – Censos 2001

Esta população é atendida no SNS, através do Centro de Saúde de Viana do Castelo e pelo Centro Hospitalar do Alto Minho[4], ou beneficiando de algumas valências, não existentes, em unidades hospitalares do Porto, ou previstas em protocolos com instituições privadas. É servida, também, por um hospital particular, quatro clínicas privadas de fisiatria e vários centros médicos polivalentes, bem como por quatro residências geriátricas, das quais uma é privada (que assistem uma população idosa de 254 indivíduos), dois centros de dia e uma Associação de Reformados. Existem, ainda, nove farmácias e três unidades comerciais de material ortopédico.

1.4 - POPULAÇÂO ALVO E AMOSTRA: SUA CARACTERIZAÇÃO

"Velho é aquele que tem diversas idades: a do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sua sociedade".

Zimerman, 2000

A identificação do grupo de idosos para integrar este estudo foi obtida com a colaboração do sector informático do Centro de Saúde, entre os meses de Julho e

[4] Inclui 2 hospitais: Hospital de S.ta Luzia em Viana do Castelo e Hospital conde de Bertiandos em ponte de Lima.

Outubro de 2002 inclusivé, através do ficheiro do utente, seleccionando todos os que nasceram antes e no ano de 1937, abarcando todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. A obrigatoriedade do *cartão do utente* permitiu identificar todos os indivíduos acedendo a vários dados, incluindo a residência. Para tal, foi solicitada autorização do Coordenador da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo e Director do Centro de Saúde (Anexo I).

Das listas fornecidas retiraram-se os idosos a residirem em lares situados na cidade e que estão referenciados nos médicos do Centro de Saúde, uma vez que, saíam do âmbito do estudo.

Por razões que se prendem com a instalação do programa SINUS e com as possibilidades do mesmo, estes dados foram possíveis através das listagens do Médico de Família, cuja distribuição de utentes se alarga a todas as localidades da área de abrangência do Centro de Saúde, a área concelhia, situada a norte da bacia do Rio Lima, incluindo as quatro freguesias da cidade. Assim, cada médico responsabiliza-se por idosos de várias freguesias do concelho, o que dificultou a selecção do grupo etário que se pretendia. Foram feitas várias diligências no sentido de obter listas de utentes por residência junto dos serviços informáticos e de tratamento de dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo. A informação obtida foi semelhante à que se possuía do Centro de Saúde. A única possibilidade foi referenciar, por códigos, na lista de cada médico, os idosos residentes em Areosa, Meadela, Monserrate ou St.ª Maria Maior, para organizar a *população alvo*, isto é, cidadãos idosos a residir na cidade de Viana do Castelo.

No programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.5, constituímos uma base de dados ordenada de toda a população idosa do coração da cidade, introduzindo as referências fornecidas pelo Centro de Saúde (n.º de registo, nome, sexo, data de nascimento, idade, telefone, endereço e freguesia). Obtivemos nesta contagem um total de idosos de 5087, inscritos no Centro de Saúde, número superior ao registado nos censos de 2001, como se pode verificar no quadro n.º 6:

Quadro n.º 6 - Diferença no número de população idosa das quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo, registada pelos censos 2001 e inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo em 2002

Freguesia	Censos 1999	Inscritos no CS 2002	Diferença entre CS e Censos
Areosa	709	774	+ 65
Meadela	995	1 146	+ 151
Monserrate	1 067	1 043	- 24
S. Maria Maior	1 730	2 124	+ 394
Total	**4 501**	**5 087**	**+ 586**

Fonte: INE – Censos 2001 e Centro de Saúde de Viana do Castelo 2002

Existem mais 586 idosos inscritos no Centro de Saúde do que a população residente. Os dados disponíveis foram obtidos através dos censos de 1999, publicados pelo INE em 2001. Os números pesquisados, obtidos pelo ficheiro do utente em 2002, somariam todos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo. A justificação mais plausível desta diferença parece ser:

- População residente noutras áreas que temporariamente estejam a residir com familiares;
- Residentes noutras áreas e que se mantêm inscritos no Centro de Saúde de Viana;
- Falta de limpeza dos ficheiros: não abatimento de mortos e transferidos;
- Não detecção pelo computador de nomes mal escritos. Ex: Azevedo e Azeredo;
- A freguesia de Monserrate apresenta menos população, o que parece justificar as casas devolutas que fomos encontrando durante o trabalho de campo. Tratando-se de uma zona ribeirinha antiga, casas baixas, (algumas só com rés-do-chão), dificilmente poderá aumentar a sua população.

Estas situações são passíveis de originar duplicação de cartões, devidas a inscrição neste e noutros centros, como se pode confirmar pela avaliação feita no Relatório de Actividades da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (ARS Norte, Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, 2002, p.5), onde refere que *"A população inscrita nos Centros de Saúde é de 270 786, número este superior em 8,2% (20 511) à população residente..."* pelo que *"...não existem dados concretos que nos indiquem clara e*

objectivamente o(s) motivo(s) da divergência..." . Apontam, nesse relatório, apenas, algumas hipóteses, tais como:

1. *"Utentes falecidos e não retirados do ficheiro de utentes inscritos;*
2. *Utentes inscritos de freguesias limítrofes;*
3. *Utentes inscritos em médico de família mas que não têm residência permanente na área de influência do Centro de Saúde;*
4. *Duplicação de inscrições;*
5. *Utentes inscritos de forma esporádica".*

A ***SELECÇÃO DA AMOSTRA*** recaiu nos idosos que completavam 65 anos a trinta e um de Dezembro em 2002. Para que não houvesse diferenças no tempo, o cálculo foi referenciado a 2003, período em que decorreu a recolha de dados.

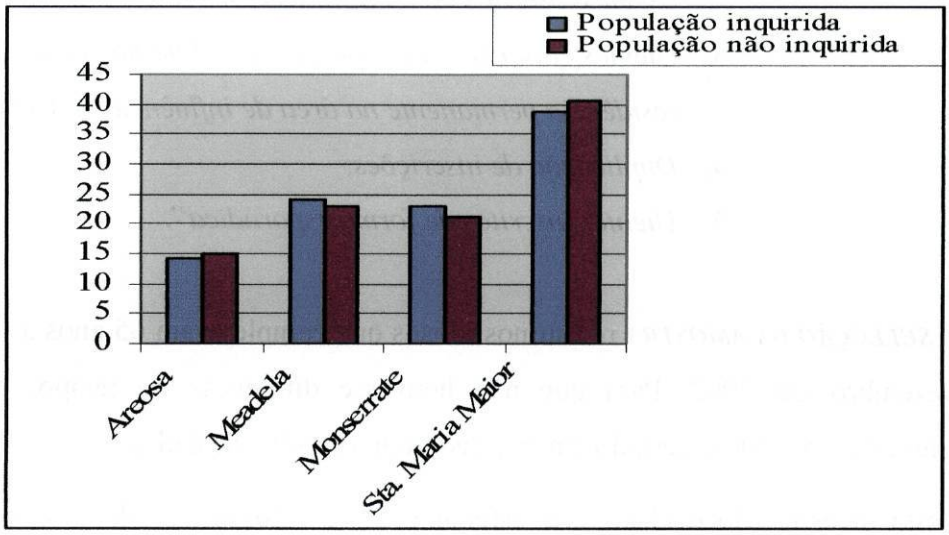
Nesta investigação o ideal seria estudar todos os idosos da cidade, o que se tornava difícil por razões de ordem temporal e de deficit de recursos. Existem, hoje, técnicas que permitem calcular estratos populacionais baseados em pequenas amostragens. Assim, procuramos constituir uma amostra que pudesse representar os idosos das quatro freguesias da cidade, situados em domicílio (excluindo os residentes das instituições geriátricas).

O *"campo de amostragem"*, ou lista ordenada de todos os idosos da cidade, inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo, foi seleccionado, utilizando uma **amostragem sistemática simples**, numa base de 10%. Trata-se de um dos tipos de amostragem probabilística, que *"...serve para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral."* (Fortin, 1999, p. 204). O intervalo entre os elementos corresponde à relação entre o tamanho da população (4984)[5] e o tamanho da amostra (498), com amplitude de valor 10.

A proporção de inquiridos por freguesia encontra-se no gráfico n.º 3:

[5] Nota: Este número resulta da subtracção dos idosos em residências geriátricas e em áreas fora do perímetro urbano, ao total de inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo.

Gráfico nº. 3 – Proporção de inquiridos por freguesia



Definiram-se os seguintes critérios para a identificação dos idosos que integrariam a amostra, elegendo o primeiro de cada dezena. Assim:

1. Constituíram a amostra o n.º 1, 11, 21, 31...., na ordem sistemática pela qual foram introduzidos na base de dados, incluindo um de cada dezena.
2. Na ausência do elemento eleito, por falecimento, desconhecido na área, ou mudança de residência, passava-se ao número seguinte na mesma dezena.
3. Este princípio foi seguido até à terceira tentativa ou terceiro número da dezena.
4. Para além do número amostral definido, foram entrevistados outros idosos que, pela observação do momento, constituíram dados significativos para a pesquisa em causa.

Pela observação do número de registo do cartão de utente, pudemos concluir que os casais, ou outros familiares foram registados sequencialmente, o que possibilitou passar ao número seguinte, na ausência do elemento previamente definido (cônjuge, companheiro ou elemento de uma mesma família), utilizando o segundo critério definido.

Será importante salientar que 62,2% (n=3167) da população idosa da cidade de Viana do Castelo reside no coração da cidade – Monserrate e Santa Maria Maior, ainda que a

freguesia da Meadela seja a segunda mais povoada. Areosa e Meadela, pelas suas características de ruralidade e, recentemente, pólos de alargamento residencial da cidade, apresentam uma população mais jovem.

A média de idades do universo de estudo (4984 idosos residentes em domicílio) situa-se em 75,51 anos, com uma amplitude de variação situada entre 66 (6,0% ou n=297) e 103 (0,0% ou n=1) anos, sendo 39,6% (n= 1974) do sexo masculino e 60,4% (n= 3010) do sexo feminino.

Foi nossa preocupação definir, oportunamente, o que pretendíamos com o nosso estudo, para lhe dar sentido e resultar numa intervenção operativa, funcional e adaptada ao grupo de idosos da Cidade de Viana do Castelo. Daí a importância de analisar e separar algumas condicionantes, que designamos por genéricas e específicas, que **não podem nem devem** ser esquecidas no mundo dos idosos e que, resumidamente, passamos a descrever:

→Condicionantes genéricas

Existem eixos fundamentais que devem ajudar a definir uma intervenção para os idosos, dando lugar a uma série de diferenças transcendentes que nos apresentam realidades muito diversificadas que, na verdade, fazem a diferença. São condicionantes de saúde, sociais e histórico-culturais que escapam, em grande parte, à vontade da própria pessoa. Poder-se-iam até denominar por factores extrínsecos, no sentido em que pouco se pode fazer para mudar a situação e que se referem, nomeadamente, à situação geográfica urbano-rural, situação de independência/dependência e aos idosos integrados no meio familiar.

a) Situação geográfica urbano-rural

A Cidade de Viana do Castelo, devido ao seu alargamento recente, integra uma população com características diversas, quer citadinas, quer de ruralidade, onde são encontradas algumas diferenças. No meio rural, as pessoas têm menos tempo livre, percebido como vazio, mais ocupação nos campos ou jardins, realizam actividades complementares e auxiliares da economia familiar. Prevalecem traços de família alargada, com estrutura tradicional, responsabilizando-se por cuidar dos netos, fazer as refeições, cuidar de animais. Encontram e mantêm ocupações úteis, continuam com

intensa vida social e laboral, mesmo para além da reforma. O ritmo de vida adapta-se, progressivamente, ao declive físico próprio da senescência.

As relações no meio rural são, às vezes, mais espontâneas e o círculo de vizinhos é mais forte. De facto, na realidade, *"...a estratificação moderna entre jubilado, pensionista e população activa não determina tanto o rol social."* (Cao, 2000, p. 260), pelo que o sentido de inter-ajuda e de solidariedade está mais enraizado neste meio.

b) Situação de independência/dependência

A autonomia pessoal e o controlo sobre a própria existência, constituem requisitos básicos para a felicidade. Daí que, a primeira condição para o desenvolvimento pessoal e bem-estar é a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência. Perante condições de sofrimento ou de dependência há que priorizar objectivos de actuação, para conseguir que a pessoa recupere o equilíbrio físico-psíquico que lhe permita viver condignamente.

Não é possível intervir na dimensão social sem resolver necessidades primárias, assim como será difícil justificar uma intervenção técnica sem humanismo. De facto, a racionalidade, a inteligência, a sensibilidade, a afectividade, a criatividade, em suma, as capacidades humanas que nos distinguem dos outros animais integram *"...um nível social ou capital relacional mínimo..."* (Rodríguez, 1997, p. 52) que, também, se torna importante conhecer. Por outro lado, o humano, como construção social, emerge como um todo complexo e há necessidade de integrar todas estas dimensões.

c) Idosos integrados no meio familiar

A vida das pessoas é determinada, em grande medida, pelas condições do seu meio envolvente próximo. O espaço habitacional que nos é próprio (onde residimos), estrutura, hábitos e formas de conduta, facilita o contacto, a orientação e a adaptação progressiva às perdas funcionais. As situações que requerem mudança de hábitos de vida constituem, por si só, uma ameaça à qualidade de vida e ao bem-estar físico e psicossocial da pessoa, atingindo-a na dignidade intrínseca do seu ser.

Sendo o objecto de investigação – **o idoso no domicílio** – a residir na cidade de Viana do Castelo, esta última condicionante assumiu grande importância para a orientação do estudo. A amostra foi calculada na população idosa a residir em domicílio, subtraindo à

lista de inscritos no Centro de Saúde os que residiam em lares ou fora do perímetro da cidade.

→ Condicionantes específicas

Consideramos ser importante a análise de características mais intrínsecas ou próprias de cada pessoa, sem deixar de parte a forte inter-relação que estas têm com o que consideramos nas condicionantes genéricas, tais como: género, educação/formação, história de vida e condições de vida actual.

a) Género

A primeira razão coloca-se quando nos referirmos à maior longevidade da mulher em relação ao homem, ou à maior facilidade desta para enfrentar as alterações próprias do desgaste e envelhecimento, devidas às sucessivas mudanças que enfrenta em determinados momentos do seu ciclo de vida: menarca, ovulação, gravidez, menopausa. Por outro lado, é, também, importante considerar o tipo de relações sociais que a mulher estabelece fora do seu lar que, em alguns casos, são muito limitadas, tornando-se mais restritas com o envelhecimento.

As condições socioprofissionais foram diferentes para esta geração que, por seu lado, também, originam diferenças determinadas pelo sexo: os riscos da inactividade após a reforma, o isolamento do grupo social, o envelhecimento mais pronunciado pelo stress e falta de motivação para outras actividades ou ocupação de tempos livres mais frequente no homem. A inaptidão para as actividades domésticas originando sentimento de incompetência e dependência de outrem. A mulher mais canalizada para as actividades de gestão do lar, de educação dos filhos, de organização e funcionalidade da família. Dela dependiam as actividades instrumentais de vida diária, ou seja, todas as tarefas de manutenção da autonomia própria e familiar.

Como vulgarmente se diz *"os progressos da razão são lentos, as raízes dos preconceitos são profundas"*. Na verdade, será incongruente pensar que a actuação com idosos homens ou mulheres terá de ser igual, já que o envelhecimento tem aspectos, radicalmente, diferentes para homens e mulheres, *"...na medida que as experiências e vidas de uns e outros determinam na velhice, uma situação pessoal e vital claramente opostas."* (Freixas, 1997, p. 40).

b) Educação/formação

Referimo-nos às características culturais das pessoas idosas. A sua capacitação intelectual, ou a sua formação cultural, constituem filtros selectivos de interesses (Deboise, 1996).

c) História de vida

Intimamente associada à educação/formação, a história de vida engloba outros aspectos que os idosos retêm na sua memória e que condicionam as atitudes perante a vida. A tipologia familiar existente, a situação sócio-económica que atravessaram no período do fascismo sem regalias sociais e situação profissional precária, a emigração clandestina, as experiências de guerra e de morte de familiares, entre outros, constituem o seu espelho de memória, de reflexão e de referência.

d) Condições de vida actual

As expectativas perante a vida estão directamente associadas às condições de vida do idoso, nomeadamente, ao seu estatuto sócio-económico e familiar, bem como ao seu nível de saúde.

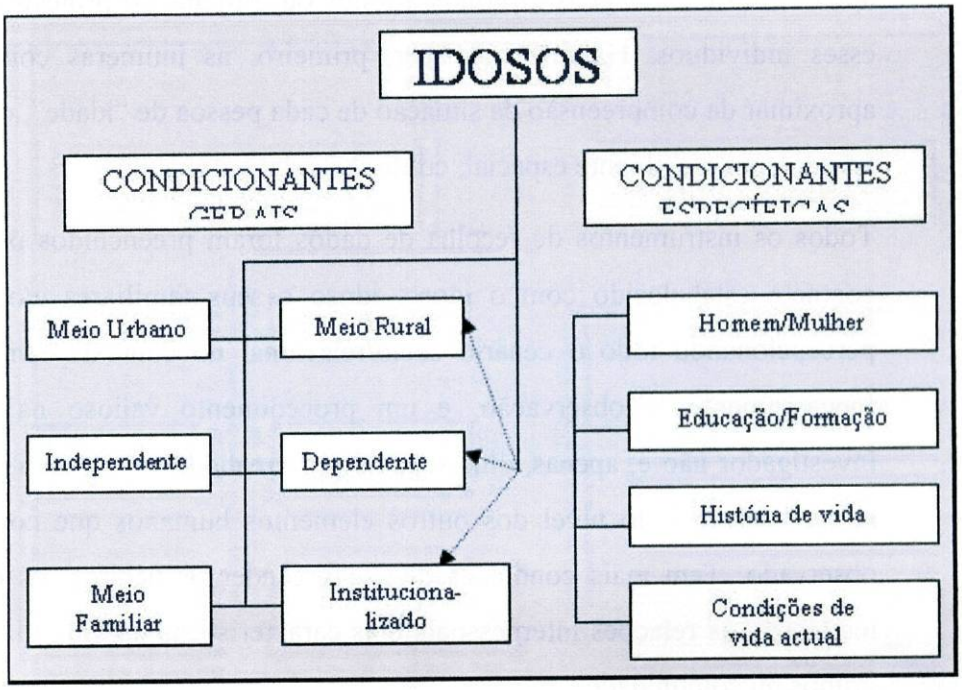
Todas estas condicionantes estão exemplificadas na figura 4.

O dito popular "*caldo para todos*" não é sustentável quando se trata de colectivos humanos. De facto, desenhar programas *"standards"* só servirá para pronunciar mais as diferenças, de forma frustrante e, muitas vezes, injusta.

Tem havido mudanças importantes na sociedade com benefício para os idosos mais carenciados, mas há, ainda, um longo caminho a percorrer.

Sabendo que as respostas comunitárias existentes se canalizam para os mais carenciados económica e socialmente, quisemos ir ao encontro de todos os cidadãos que, com o limiar da reforma, se isolaram e reduziram os seus contactos sociais.

Figura n.º 4 – Condicionantes gerais e específicas na abordagem aos idosos



1.5- CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

> *" É na globalidade do ser que se compreende a sua dinâmica constante: com projectos, comunicando através de sinais, capaz de decidir por si e até com os outros, em crescimento integral e também com necessidades concretas que vai satisfazendo progressivamente"*
>
> *P. Feitor Pinto, 1999*

A observação do idoso no seu contexto de vida permitiu compreender como este actua no seu mundo social quotidiano, como se integra na família, conhecer as suas necessidades e, ainda, de que forma os sistemas de parceria de cuidados dão respostas de qualidade à pessoa idosa em Viana do Castelo – Cidade Saudável. Explorar o quotidiano dos indivíduos idosos foi, sem dúvida, a nossa preocupação, pelo que procuramos *"... os indivíduos nos seus contextos naturais, dado que a estrutura e a ordem social não existem em abstracto"* (Costa, 2002, p. 126), tendo em atenção as coordenadas que nos levariam a identificar os diversos contextos nos quais as pessoas idosas convivem.

A velhice é um fenómeno multifactorial e não apenas, biológico. Por isso, não tem sentido a sua catalogação homogénea só pelo prisma cronológico, fazendo, *a priori*,

apreciações e rotulagens dirigidos a todos ou estipulando projectos ou programas para esses indivíduos. Há que conhecer, primeiro, as inúmeras condicionantes para se aproximar da compreensão da situação de cada pessoa de "idade", que será diferente, de acordo com o ambiente espacial, cultural, social e de saúde.

Todos os instrumentos de recolha de dados foram preenchidos pelo investigador, em contacto estabelecido com o idoso, idoso e seus familiares e/ou idoso e cuidador, percepcionando todo o cenário sócio/relacional no contexto familiar e comunitário. Inegavelmente, a observação, é um procedimento valioso na medida em que o investigador não é, apenas, um espectador da realidade que está a estudar, mas coloca-se na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenómeno observado. Tem mais condições de compreender os hábitos, os comportamentos, os interesses, as relações interpessoais e as características da vida diária das pessoas, dos grupos ou comunidade.

A população foi informada através de ofícios dirigido ao presidente de junta e ao pároco de cada freguesia (Anexo II), com apelo à divulgação nas respectivas áreas, que permitisse alguma abertura e sensibilidade à nossa presença, sem riscos e desconfianças entre investigador e investigados.

Atendendo aos objectivos que definimos nesta investigação, à bibliografia consultada, às características das pessoas em quem recaiu a pesquisa e a preocupação de melhor compreender todas as suas necessidades, levou-nos a utilizar vários instrumentos de recolha de dados, num trabalho de campo exaustivo.
Os instrumentos de colheita de dados utilizados no trabalho de campo são os que a seguir se descrevem.

1.5.1 – Instrumentos de recolha de dados destinado a idosos no seu domicílio.

À problemática demográfica quantitativa associam-se, frequentemente, aspectos qualitativos da vida humana, nomeadamente as precárias condições da habitação, insuficiente capacidade nas respostas sociais e de saúde, comportamentos culturais que rodeiam o idoso e outros. Desta forma, a concepção do instrumento de recolha de dados, para **ser preenchido pelo investigador em entrevista com o idoso e/ou seu cuidador**, incluiu aspectos sócio-familiares, culturais, de lazer e de saúde, elaborado de forma a

permitir um melhor conhecimento dos indivíduos em estudo, visitas ocasionais para resolução dos seus problemas ou de orientação para instituições de parceria de cuidados.

Este processo investigativo passou pelo desafio de uma opção metodológica *"...em que o imprevisível é dominante"* (Santos, 1993, p. 93), onde participantes (investigador e idosos/familiares) fizeram parte integrante de situações e de interacções irredutíveis. Sendo assim, constituiu-se um manancial de informação muito rico, de tal forma que permitisse analisar dimensões de satisfação, de bem-estar e de qualidade de vida das pessoas.

1.5.1.1 – Questionário de avaliação sócio-demográfica e percepção de necessidades

Foi o método de recolha de dados que nos pareceu mais apropriado, considerando uma técnica útil no processo de aproximação à realidade que pretendíamos estudar, a partir de esquemas de referência teóricos e experienciais.

Construiu-se, então, um instrumento constituído por duas partes distintas, que designamos por **questionário** (Anexo III), que passaremos a descrever:

I Parte – questões estruturadas de caracterização da população: identificação, agregado familiar, habitação, nível de instrução, profissão, actividade/ocupação actual, necessidade de cuidados e ou ajudas técnicas.

II Parte – com perguntas abertas, que permitissem conhecer as necessidades reais e percepcionadas pelo idoso, pela família e/ou cuidador, bem como as suas expectativas actuais:

- Estado de orientação/desorientação mental do idoso
- Local onde desejaria viver no futuro
- Principais preocupações do idoso
- Cuidados que necessita
- Satisfação com os cuidados que lhe são prestados
- Necessidade de cuidados de enfermagem ao domicílio
- Motivo pelo qual chamou o enfermeiro
- Tempo que demorou o enfermeiro na resposta de cuidados
- Local/instituição onde recorre quando necessita de cuidados de saúde

Procurou-se fazer uma apreciação do funcionamento cognitivo do idoso para melhor avaliar as suas necessidades e poder orientar os cuidados, uma vez que, as alterações cognitivas dificultam a percepção que o próprio faz de si e do mundo que o rodeia. Estas dificultam a comunicação/relação, as tomadas de decisão, bem como, o auto cuidado e outras actividades de vida. Essa apreciação que designamos por **"estado mental"** identificou dados objectivos como: orientação auto e halopsíquica; comunicação/relação; estado de humor e comunicação verbal. Essa informação foi colhida e codificada como *"colaborante"* ou *"não colaborante"*.

Na identificação das necessidades e expectativas pareceu importante o questionamento das suas preocupações. As mudanças sociais e económicas do país, as alterações sucessivas nos sistemas de saúde, as precárias reformas e outras problemáticas que, habitualmente, se conhecem no dia-a-dia pelos meios de informação, o crescente isolamento a que é votado o idoso na sociedade actual, entre outros, parecem-nos geradoras de preocupação e mau estar, condicionando a saúde destas pessoas.

1.5.1.2 - Avaliação da capacidade funcional – Escala de Barthel (Anexo IV)

A Escala (ou Índice) de Barthel foi desenvolvida por Mahoney & Barthel, em 1965, com o propósito de avaliar a capacidade funcional do indivíduo. Baseando-se em funções observáveis, permitiu determinar graus de dependência e indicar os cuidados requeridos pela pessoa.

Trata-se de uma escala quantitativa, constituída por 10 itens, escalonados em 0, 5, 10 e 15, podendo variar entre 0 e 110, que *"...pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente"* (Azeredo, 2003, p. 200).

O somatório dos valores obtidos, múltiplos de 5, foi transformado em graus de dependência. Sendo que o total de 0-20 significou dependência total (grau IV); 25-60 grave dependência (grau III); 65-90 moderada dependência (grau II); 95 muito leve dependência (grau I) e 100-110 independente.

1.5.1.3 – Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida do Idoso (Anexo V)

Foi elaborada por um grupo de trabalho credenciado, na ex-Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários e divulgada pelas Administrações Regionais de Saúde através da Circular Informativa n.º 1/CSI/DGCSP de 1993-01-13.

De acordo com orientações do grupo de trabalho que a elaborou, esta grelha destina-se a

> *"Servir como orientação técnica do modelo de abordagem; permitir fazer um diagnóstico inicial da situação do idoso; possibilitar a identificação imediata das prioridades de intervenção; permitir, através da sua aplicação regular, monitorizar a evolução da situação de cada indivíduo e avaliar os resultados da intervenção; permitir fazer um diagnóstico global da situação de uma população idosa, monitorizar os resultados das intervenções e ainda comparar os vários modelos de intervenção"* (Ministério da Saúde, Circular Informativa nº 1/CSI/ DSA/DGCSP de 1993-01-13).

Neste estudo, esta grelha permitiu avaliar a qualidade de vida do idoso através de sete componentes básicos da vida adulta, pontuados entre os valores três (3) e cinquenta (50), considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a vinte e três (23).

1.5.1.4 – Diário de Bordo para avaliação do contexto

Como se pretendeu conhecer o meio de vida dos idosos (nossa problemática em estudo), o registo da observação feita pelo investigador constituiu um meio importante para o conhecimento dessa problemática, na medida em que (não sendo um simples espectador), se colocou na posição e ao nível dos elementos sociais e humanos que rodeiam a vida dos idosos, recolhendo elementos fundamentais observados, para melhor analisar e perceber a complexidade dos fenómenos em causa.

Numa investigação em que o trabalho de campo decorreu junto da população idosa, em contexto domiciliar, sendo possível interrogar as pessoas, escutá-las e observá-las, foi elaborado um diário de bordo (também chamado diário do investigador), com todas as impressões colhidas, dados objectivos observados e notas subjectivas ou informações surgidas de elementos conhecedores da situação. Esses registos permitiram analisar pequenas coisas do mundo sócio-relacional e cultural do idoso, extraindo daí uma riqueza de conhecimentos que, associada à pesquisa documental, possibilitou uma

reflexão mais profunda dos seus reais problemas, entre os quais a problemática do isolamento e da solidão.

A investigação empírica do mundo-da-vida é entendida como uma situação real do quotidiano e, ao mesmo tempo, como um processo social muito complexo (adaptado de Kunz, 1991, p. 29). Daí que, consideramos este procedimento adoptado (observação) nas pesquisas de campo, um meio de melhor entendermos as afirmações feitas pelos idosos e seus familiares e/ou cuidadores. Registamos o que vimos e ouvimos, para que esses dados nos permitissem entender as respostas colhidas através do Questionário, e, também, reflectir o interaccionismo simbólico, especialmente na análise dos sentidos das acções humanas.

Com esses registos construiu-se um sistema de *"osmose"*, onde as relações entre as notas (elementos da investigação) se iam ajustando e auto-organizando para melhor compreender a complexidade das pessoas e das situações encontradas. Elaborou-se uma teia de pensamentos em busca de mais e melhor conhecimento das realidades dos idosos da cidade de Viana do Castelo.

1.5.2 – Instrumentos dirigidos a familiares e/ou cuidadores

Sendo este estudo no âmbito das parcerias de cuidados e de acordo com outros estudos já publicados por Quaresma (1996) e Paul (1997), os idosos de zonas urbanas procuram o apoio de instituições, mas recorrem, também, ao apoio familiar. A diversidade e aproximação de recursos e, talvez, uma maior divulgação dos mesmos, originam uma procura e utilização nem sempre gerida com equilíbrio e equidade.

Foi nossa estratégia de aproximação ao idoso, idoso/familiar ou idoso/cuidador, para melhor conhecermos as necessidades das pessoas (sobretudo daqueles que estariam impossibilitados de comunicar), as respostas familiares e comunitárias e, também, conhecer a satisfação do prestador de cuidados, bem como, as suas dificuldades ou limitações.

Dirigimos, assim, apenas uma questão ao **familiar e/ou cuidador** e elaboramos um **questionário para os enfermeiros** do centro de saúde da área de abrangência dos utentes em estudo.

1.5.2.1 – Familiar e/ou cuidador

Aproveitando o mesmo momento de entrevista com o idoso e o seu familiar/cuidador ou cuidador formal (de parceria/protocolo), lançávamos uma única questão aberta: **Está satisfeita com o trabalho que faz?**

1.5.2.2 - Questionário para estudo da intervenção do enfermeiro na comunidade (Anexo VI)

Uma outra estratégia metodológica, que nos pareceu oportuna, surgiu pelas vivências da prática clínica, na orientação de alunos, em que as actividades do enfermeiro são pouco voltadas para a comunidade, levando-nos a concluir que é diminuta a presença de enfermeiros na rua e pouco visível a sua actuação na comunidade.

Da experiência de alguns anos a orientar alunos e por investigação prévia que fizemos, fomos conhecendo algumas realidades pouco indutoras de serviços de qualidade e muito distantes dos cuidados de proximidade ao cidadão utente. Verificávamos, com alguma frequência, que cuidados de enfermagem ao domicílio só se verificavam quando prescritos pelo médico, como se pode perceber por algumas afirmações que ouvíamos: *"o médico tem de escrever para o enfermeiro fazer o tratamento em casa"; "os enfermeiros não gostam de ir a casa"; " se for injecções, temos de chamar um carro que nos leve ao centro"*. Era esta a nossa primeira percepção da realidade em terreno.

Sendo um dos objectivos iniciais, *"compreender o valor da intervenção do enfermeiro(a), na produção de cuidados aos idosos no domicílio"*, optamos por um outro instrumento de recolha de dados – questionário – a lançar aos enfermeiros do Centro de Saúde de Viana do Castelo, área de abrangência dos idosos em estudo.

Foi dirigido aos enfermeiros para auto-preenchimento, sendo estruturado com questões fechadas e algumas abertas, orientadas para o *"perfil da equipa de enfermagem", "caracterização do centro de saúde"* e *"áreas preferenciais de actuação dos enfermeiros"*. Foi testado com enfermeiros do Centro de Saúde de Darque.

Após pedido de autorização para o seu lançamento, foi solicitado a cada enfermeiro o preenchimento do mesmo e a sua entrega, em envelope fechado, ao enfermeiro coordenador.

1.5.3 - Entrevista a informantes privilegiados

A investigação qualitativa, pelo seu carácter aberto e dinâmico, começa a sua metodologia antes da formulação de hipóteses, perguntas ou questões, numa fase reflexiva e ainda embrionária da própria investigação. Mas, também, permite ir reconstruindo e ajustando o percurso investigativo, criando o caminho a cada momento, com a preocupação e propósito da realidade a estudar. No decurso das entrevistas aos idosos, fomos observando e formatando várias questões e outras dúvidas se levantavam, originadas por afirmações dos utentes. Umas relacionadas com limitações e deficiências dos apoios em saúde, outras mais de âmbito social.

Assim, e para dar resposta aos nossos questionamentos de partida, foi feita entrevista semi-estruturada a várias entidades responsáveis, no sentido de obter os seguintes dados:

- Estruturas de apoio canalizadas para o idoso;
- Respostas possibilitadas pelo Serviço Nacional de Saúde e Segurança Social aos idosos que se mantêm em ambiente familiar;
- Como se facilita a acessibilidade dos idosos aos sistemas de saúde;
- Dinâmicas sócio-familiares desenvolvidas para colmatar as necessidades do indivíduo idoso;
- Instituições que integram as parceria/protocolos de atendimento aos idosos;
- Carências no atendimento sócio/familiar/relacional nos idosos da Cidade de Viana do Castelo;
- Dinâmicas ou projectos da Cidade Saudável que contemplam os idosos.

Para além de identificar os sistemas de parcerias e as entidades ou instituições que integram protocolos, o que dinamizam, quais as finalidades dos mesmos e como se processa o apoio integrado: o que fornecem (o que precisa? o que é fornecido? por

quem é prestado), abordamos, também, o responsável pelo Gabinete Cidade Saudável sobre os programas de planeamento e desenvolvimento urbano saudável.

Assim, dirigimos essas questões, por entrevista semi-estruturada, a: Presidentes de Junta das quatro freguesias e aos seus párocos; responsáveis de cada instituição geriátrica; Presidente da Caritas; responsável do Centro Social da Areosa; Coordenador do Gabinete Cidade Saudável; Assistente Social do Centro de Saúde; coordenador do programa ADII; Director do Centro de Saúde; responsável pelo sector de idosos da Segurança Social.

1.6 – CONSTITUIÇÃO DO "CORPUS" DE ANÁLISE

"...a natureza da verdade é sempre questionada pelas dimensões temporal e simbólica da existência humana".

Manuel Sérgio, 2004

O corpus de análise foi constituído por todo o material recolhido, através dos instrumentos utilizados:

- Informação fornecida pelo questionário a quatrocentos e noventa e nove (499) inquiridos, recolhida pelo investigador em entrevista com o idoso, ou idoso e seus familiares, ou pessoa prestadora de cuidados.
- Registos (notas) de observação, constituídos pelo *diário de bordo*, referenciando aspectos observados e não contemplados nos ítens do instrumento elaborado, importantes no contexto da pesquisa. Queixas relacionadas com dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde, suporte social e familiar, condições habitacionais ou outros elementos do espaço sócio habitacional e ambiental.
- Informação obtida pelos vinte e nove (29) questionários preenchidos pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Viana do Castelo, área de abrangência dos idosos em estudo.
- Registo sobre as informações do prestador de cuidados, quando este se encontrava presente, relativa à percepção do mesmo sobre a satisfação como prestador de cuidados.

- Registo obtido pelas entrevistas com informantes privilegiados: Presidentes de Junta das quatro freguesias; Párocos das quatro freguesias; responsáveis por quatro residências geriátricas e lares de idosos da cidade; coordenador do gabinete Cidade Saudável; Director do Centro de Saúde; coordenador de programas ADII; Assistentes Sociais; Presidente da Caritas Diocesana e Presidente da Associação de Reformados.
- Dados da Escala de Barthel
- Parâmetros da Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso

1.7 - ELEMENTOS E DIMENSÕES DO ESTUDO

"De mãos dadas assim a caminhar
Um ajudando o outro a aprender,
Trabalhando ou mesmo incentivando o lazer.
O lema será: união, alegria, bem viver".

Maria Aparecida Monteiro Vieira, 1999

Constituíram elementos de investigação os que davam uma maior informação de dados sócio demográficos e permitiam compreender o contexto de vivências do idoso e suas possíveis relações em toda a dimensão do estudo.

- **Dados relativos à caracterização do idoso**: idade, género, estado civil, freguesia onde reside, domicílio primário ou de substituição, acesso ao piso da habitação, nível de instrução, profissão e actividade/ocupação actual.
- **Elementos relativos à coabitação e prestadores de cuidados**: com quem vive, quem presta cuidados, satisfação do idoso e satisfação de quem presta cuidados.
- **Informações relativas ao apoio em saúde**: a que serviços de saúde recorre e dados relacionados com a assistência domiciliária de enfermagem.
- **Parâmetros relativos a actividades de vida:** alimentação, banho, vestir, higiene pessoal, defecação, micção, casa de banho, mudança de cadeira/cama, deambulação e escadas. Pontuadas numa dimensão de 0 (zero)

e 110 (cento e dez), através da Escala de Barthel, permitem identificar 5 (cinco) níveis ou graus de dependência para estas tarefas, assim definidos:

- 0-20 Dependência total – grau IV
- 25-60 Grave dependência – grau III
- 65-90 Moderada dependência – grau II
- 95 Muito leve dependência – grau I
- 100-110 Independente

- **Componentes de qualidade vida do idoso**: através da grelha IQVI, constituída por sete variáveis, subdivididas em critérios de pontuação que variam de 0 (zero) a 8 (oito). Este índice oscila entre os valores de 3 (três) e 50 (cinquenta), considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 (vinte e três). Inclui sete componentes básicos da vida adulta:
  - Isolamento/comunicação afectiva e social
  - Mobilidade
  - Actividade de vida diária
  - Actividade ocupacional
  - Actividade lúdica
  - Relação familiar
  - Recursos económicos

Os instrumentos elaborados, de alguma forma, guiavam a recolha de informação, vindo a verificar-se uma certa homogeneidade no conteúdo das respostas, sobretudo do guião da entrevista, assim como no grau de adequação entre as informações contidas e os objectivos do estudo, pelo que foram considerados ajustados para o mesmo.

1.8 - RECOLHA, TRATAMENTO DE DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

"Terceira idade, alegria, vontade de viver
Vida plena, saudável sem sofrer
Quer seja solidão, artrose, coração.
Vamos nos juntar, ser amigos, entender
O espírito sempre rejuvenescer".

Maria Aparecida M. Vieira, 1999

Os instrumentos de recolha de dados foram concebidos e idealizados para uma investigação no terreno, ou seja, para idosos que vivem em domicílio, tendo em conta o seu contexto de vida.

Foram explicadas as razões e finalidades da investigação, tendo por base os princípios e pressupostos consignados na Declaração de Helsínquia, com a nova redacção assumida na 52ª Assembleia Geral – Edimburgo, 2000, onde são reforçados *"o respeito pela dignidade e pelos direitos do ser humano sujeito de investigação, com o consequente aumento da protecção que lhe é garantida"* (Archer, 2001, p. 3). Esse processo informal de justificação, ajudou a aproximação aos idosos e tornou mais compreendida e aceite a nossa presença, quer por eles, quer pelos seus familiares.

O trabalho de campo para a recolha de dados decorreu em 2003. Todos foram contactados individualmente, pelo investigador, tentando explicar o motivo do estudo e criar um ambiente favorecedor e propício à aceitação da entrevista, por parte dos idosos e seus familiares.

A sua colaboração foi plena, na maioria das situações, a partir de um contacto informal directo, de onde brotou uma certa empatia que nos aproximou, sem saber explicar porquê. Essa magia que une os seres humanos poderá ser denominada "sentimento", porque é, através dele, que somos estimulados a nos aproximar das pessoas, por mais estranhas que nos pareçam. É por esta via que as relações humanas acontecem – brotam do sentimento – e é, também, norteada por este, que se gera toda a movimentação dos idosos no seu ambiente social quotidiano.

O mundo é construído de laços afectivos e esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Daí se conclui que, *"o dado originário não é o* ***logos****, a razão e as estruturas de compreensão, mas o* ***pathos****, o sentimento, a capacidade de*

simpatia e empatia, a dedicação, o cuidado e a comunhão com o diferente. Tudo começa com o sentimento" (Boff, 1999, p. 99).

O termo *"dados"*, (Bogdan, 1994, p.149) significa todos os materiais recolhidos do mundo a investigar ou estudar e constitui a base da análise. No nosso caso, os dados constituíram toda a informação colhida pelo questionário de dados sócio-demográficos, escala de Barthel, Índice de Qualidade de Vida dos Idosos, registos da entrevista com perguntas focalizadas e notas de campo (diário de bordo) referentes à observação efectuada.

A testagem do questionário foi realizada em idosos inscritos no Centro de Saúde de Darque e a residir nesta freguesia da cidade, durante o mês de Maio de 2003. A escolha do local teve por base a semelhança na caracterização do universo de pesquisa: população idosa, utentes de um Centro de Saúde do Concelho de Viana do Castelo, numa freguesia semi-urbana com zonas residenciais de características citadinas e pela proximidade do ambiente investigativo. Permitiu, ainda, verificar a eficácia, validade e operacionalidade das respostas.

Foram pedidas autorizações à Coordenação da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo e da Direcção do Centro de Saúde, bem como a colaboração dos enfermeiros.

Os resultados do pré-teste, lançado a dezasseis idosos, permitiram retirar duas perguntas, relacionadas com a identificação do enfermeiro de referência e o " *módulo/equipe"* onde são atendidos no CS, uma vez que nem todos conseguiam identificar esta modalidade organizacional. A questão relacionada com o acesso aos pisos da habitação foi modificada e acrescentou-se mais um item – *actividade doméstica* – à pergunta *"actividade/ocupação actual"*, que no caso das mulheres, devido ao seu status e tradição cultural, é uma actividade por excelência.

O questionário de avaliação sócio-demográfica e percepção de necessidades guiava a recolha de informação, vindo a verificar-se uma certa homogeneidade no conteúdo das respostas, assim como no grau de adequação entre as informações contidas e os objectivos do estudo, pelo que, foi considerado ajustado para o mesmo.

Após a recolha de dados, foi elaborada uma matriz ou base de dados, de acordo com um guião previamente consebido, com definição de todas as questões e como eram codificadas, o que permitia a harmonização e interpretação dos dados recolhidos através

dos vários instrumentos. O tratamento estatístico processado no programa Statistical Program Social Science (SPSS) na versão 11.5.

A análise de dados quantitativos envolveu previamente um teste de validação considerando cada uma das variáveis de *per si*, e de seguida e, sempre que possível, sujeitos a análises que confirmam as suas propriedades psicométricas.

A análise dos dados é referenciada a 2003, ano em que decorreu o trabalho de campo.

Foi feito o estudo descritivo das variáveis, através das frequências absolutas e relativas. Cada uma delas foi acompanhada com as apreciações e informações resultantes das notas de campo (registo de observação) que se foram registando, o que permitiu compreender melhor os hábitos, os comportamentos, os interesses, as relações interpessoais, bem como o estilo ou característica de vida diária das pessoas, grupos ou comunidade. Assim, pareceu haver um melhor entendimento da realidade de vida, percebido pela experiência comunicativa, que fomos desenvolvendo no contacto com os idosos.

Algumas variáveis nominais, relativas à caracterização do idoso, como sexo, estado civil, nível de instrução e outras são apresentadas em valores absolutos e em percentagem. A variável *"idade"* foi transformada em duas modalidades de classes etárias, (uma com intervalos de 5 e outra com intervalos de 10) podendo ser analisada e/ou cruzada com outras variáveis, de acordo com os objectivos e questões específicas que orientaram este estudo.

A ocupação anterior à reforma era uma variável difícil de trabalhar, pelo leque tão diversificado de profissões que o grupo de idosos estudados apresentava e sem valor considerável no estudo em causa. Assim, e tendo por base a Tabela de Codificação Profissional do INE (Instituto Nacional de Estatística), fez-se uma reformulação agrupando as diversas profissões por sector primário, sector secundário e sector terciário, permitindo trabalhar mais facilmente esses dados apresentados. Essa reformulação considerou:

*** Sector Primário**:

- Grupo 9 – Trabalhadores não qualificados da agricultura, indústria, comércio e serviços (21,22,23,24 e 25).

Embora a designação de ***"domésticas"*** não seja considerado profissão – diz respeito às actividades de vida diária (AVD) de realização e manutenção da família, acrescidas para a mulher além da profissão – dado que, muitas destas pessoas exerciam actividades no sector primário e ser um grupo quantitativamente significativo – 33,7% (n=168) – foi considerado dentro deste sector.

*** Sector Secundário:**

- Grupo 5 – Pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares (14 e 15).
- Grupo 6 – Trabalhadores da agricultura e de pesca (16).
- Grupo 7 – Trabalhadores da produção industrial e artesãos (17 e 18).
- Grupo 8 – Operadores de instalações industriais e máquinas finas, condutores e montadores (19 e 20).

*** Sector Terciário:**

- Grupo 1 – Membros dos corpos legislativos, quadros dirigentes da função pública, directores e quadros dirigentes de empresas (1,2 e 26).
- Grupo 2 – Profissões intelectuais e científicas (3,4, 5,6,7 e 8).
- Grupo 3 – Profissões técnicas intermédias (9,10 e 11).
- Grupo 4 – Empregados administrativos (12 e 13).

As dimensões do estudo, relacionadas com perguntas abertas, relativas ao apoio em saúde, à coabitação, prestadores de cuidados e outras (observadas pelo investigador), para além do tratamento estatístico, foram submetidas a análise de conteúdo, uma vez que *"Tudo que o investigador possa ver no conteúdo da mensagem, terá de vir do estudo dessa mensagem e não de juízos «a priori» que possa ter formulado"* (Romero, 1991, p.64). Foi a forma encontrada de sermos fiéis à análise de toda a informação recolhida.

Sendo, hoje, uma das técnicas mais comuns de tratamento da informação na investigação empírica realizada em ciências humanas e sociais, como forma de aprofundar os dados quantificados pelas técnicas de investigação quantitativa, (...) *"a análise de conteúdo permite inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objecto de análise, ou até, por vezes, o receptor ou destinatário das*

mensagens" (Silva, 1986, p.104). No sentido que lhe é dado por este autor, permitiu, também, fazer apreciação entre variáveis, por ex. níveis de dependência e necessidade de cuidados, satisfação do idoso e/ou do seu cuidador.

Os registos resultantes das questões abertas foram lançados em matrizes, organizadas por categorias e sub-categorias, com identificação das respectivas expressões verbais significativas, representando a presença, frequência e intensidade das características seleccionadas no estudo, o que permitiu e facilitou a análise dos discursos e interpretação dos mesmos.

Foi, também, objectivo desta pesquisa, analisar a importância dada à Visitação Domiciliária (VD) como acto de enfermagem necessário e indispensável na identificação e resolução das reais necessidades do indivíduo idoso e também como forma de assegurar a responsabilidade do enfermeiro na consolidação de uma cidade com mais e melhor qualidade de vida. A técnica de colheita de dados foi o Questionário, dirigido a cada enfermeiro, que após preenchimento fechou em envelope e entregou ao responsável pela recolha dos mesmos. Decorreu em Novembro de 2003, tendo obtido a colaboração de toda a equipa, constituindo uma população amostral de n = 29.
A apresentação dos dados e resultados foi efectuada pela análise descritiva, acompanhada de quadros, figuras ou gráficos, sempre que estes permitiam uma melhor compreensão ou percepção dos dados recolhidos. Para uma apresentação mais estética de gráficos e quadros foram trabalhados no programa Microsoft Excel.

1. 9 - DIFICULDADES E LIMITES DA INVESTIGAÇÃO

"A autêntica riqueza da experiência humana
perderia parte da sua alegria
se não existissem limitações para as superar"
Halina Boulez

Falar de dificuldades é falar de desafios e de aprendizagens que se vão fazendo para superar os obstáculos da investigação. A aceitação da inexperiência perante os acontecimentos e vivências que foram surgindo no terreno, permitiu ultrapassar os primeiros momentos de desconfiança e de dúvida relativamente à pertinência do trabalho. Essa inexperiência constituiu, também, algum estímulo e clarificou a

necessidade de desenvolver aprendizagens (...)*"sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde"* (Conselho de Enfermagem, 2003, p. 5). Se, por um lado, permitiu evoluir e conhecer as dificuldades das equipes de saúde quando estão no terreno perante alguns dramas comunitários e familiares, por outro, ajudou a avaliar as limitações nas respostas sociais ou ponderar estratégias mais adequadas à resolução dos problemas reais deste grupo etário. Possibilitou, ainda, educar/informar para a saúde sobre os direitos dos cidadãos idosos e suas famílias e, mais do que isso, o contacto directo com alguns cidadãos que precisam, terapeuticamente, de comunicar.

Seleccionar a população e amostra pretendidas foi a primeira grande barreira a ultrapassar, uma vez que o programa informático SINUS não permitia a selecção por área de residência. Os cadernos eleitorais só recentemente começaram a ser informatizados, havendo ainda, pouca agilidade no seu manejo. Apesar da boa vontade dos profissionais, não se conseguiu aceder a listagens seleccionadas, pelo que tiveram de ser triadas manualmente.

As primeiras, e maiores, dificuldades surgiram no momento em que, no local, nos respondiam *"...a minha mãe já faleceu há anos"; "...aí não mora ninguém, a casa já foi vendida"; "...não me recordo desse nome ou dessa pessoa como residente por aqui"*. Por outro lado, algumas residências anotadas são, hoje, estabelecimentos comerciais, não se sabendo há quanto tempo esses idosos deixaram de aí residir. Reparou-se, então, que:

- O ficheiro que forneceram estava desactualizado
- Existia repetição de números de processos
- Alguns indivíduos residiam noutros locais e só, transitoriamente, vinham para a cidade, utilizando este centro de saúde.

As freguesias de Areosa e Meadela, recentemente integradas no perímetro urbano, são zonas dormitório da cidade, com um misto de urbanismo e ruralidade, onde as dificuldades de identificar os idosos foram mais acutilantes. A toponímica encontrava-se, ainda, em fase de remodelação – os lugares deram origem às ruas – ainda mal identificadas, sem numeração e indicação do começo e fim das ruas; algumas placas bandalizadas ou caídas; campos que, outrora, eram de cultivo, hoje são de área residencial. A cidade tem crescido e vai-se alargando pelos lugares mais pitorescos do

sopé do monte; amplas quintas loteadas e urbanizadas; construção em altura, escondendo as pequenas habitações aí existentes; aglomerados habitacionais, cujos condóminos se não conhecem; residentes jovens ainda desconhecidos e que desconhecem os seus vizinhos mais velhos. *"Zonas dormitório"* dos trabalhadores da cidade e das grandes indústrias, que regressam à habitação com as compras feitas nos grandes armazéns, não frequentam a mercearia local, não convivem nem conhecem os vizinhos, pessoas mais velhas que aí residem. **Ninguém se conhece**. É o ritmo e a solidão da cidade...que caracteriza hoje este espaço.

Outros locais, na zona antiga da cidade, conquistados por comerciantes (ou empresários), fizeram nascer novos edifícios onde existiam casas térreas, a troco de um novo espaço habitacional. Modificaram os hábitos e as condições de habitabilidade da pessoa idosa, ocupando com áreas comerciais o rés-do-chão e empurrando para o segundo e terceiro piso os antigos residentes, em casas sem elevador, escadas interiores sem luminosidade e pouco espaçosas. Foram iludidas apenas pela casa nova, pela não perda do espaço onde nasceram e cresceram, pelo horizonte de visibilidade permitido pela altura da construção. Hoje vivem com as dificuldades próprias de uma mobilidade reduzida, mais isoladas de tudo e de todos, **dificultando, até, a sua localização**. Quase não aparecem na rua, deixam de ser vistos e recordados pela geração do seu tempo, sendo difícil de os identificar ou conhecer as suas reais necessidades.

Localizar os idosos no seu domicílio, com a dificuldade de quem desconhece os limites e ruas da cidade, obrigou a várias e diversificadas estratégias, de planeamento do trabalho de campo, não permitindo organizar com cuidado e seguir rigorosamente o trabalho diário. Através de mapas e indicações das juntas de freguesia foi possível a localização das zonas mais distantes e desconhecidas.

A perplexidade pela presença na rua de um enfermeiro, parece ser indicador da escassa presença de enfermeiros em visitação domiciliária ou pouca visibilidade do enfermeiro na comunidade. Por outro lado, foi também notória a preocupação, sobretudo de familiares, sobre os motivos da visita, procurando clarificar se vinha fazer avaliação para eventuais ajustes dos subsídios e/ou pensões, dizendo *"A Sr.ª é da Segurança Social?"*.

Sentiu-se, também, alguma dificuldade na abordagem de pessoas que se encontravam sós, pelo seu receio de abrir a porta a pessoas estranhas, preocupados com a onda de

assaltos, violência e outras notícias de maus-tratos a idosos, transmitidas pelos meios de comunicação. A identificação e a indicação dos nomes dos presidentes de junta, dos párocos e de outras pessoas de referência, ajudaram a suprir estas dificuldades, assim como, documento de creditação e autorização que nos foi passado.

Os que residiam sozinhos eram extremamente carentes de companhia. Apercebemo-nos da sua necessidade de ser ouvidos, de que alguém os escutasse, da sua vontade de comunicar. Conversavam de tudo e, carinhosamente, pediam *"fique mais um pouquinho"*, dificultando, até, o terminar da entrevista, tornando morosa a colheita de dados, o que trouxe alguns prejuízos na rentabilização do tempo e em todo o evoluir do projecto investigativo.

As entrevistas pessoais ao idoso ou ao seu cuidador consumiram muito tempo, exigiram disponibilidade e flexibilidade para se conseguir o resultado pretendido com o questionário. Foi um processo demorado e muito laborioso que exigiu tempo e tornou lento o processamento de dados.

Os idosos falavam abertamente quando estavam sozinhos, mas se algum familiar e/ou cuidador se aproximava, sentia-se que alguma coisa os inibia de exprimirem as suas preocupações. As pessoas que prestavam cuidados foram mais reticentes e escassos nas suas respostas e opiniões, deixando perceber algum receio ou medo de avaliação, o que se pode constatar nas respostas dos mesmos quando se lhes perguntava se se sentiam bem como prestadores de cuidados.

Um trabalho de investigação, para além das dificuldades, coloca limites à riqueza e autenticidade da experiência humana colhida, que tivemos de saber ultrapassar. Assim:

- O limite tempo, dos trabalhos académicos, que nem sempre se consegue gerir devidamente, sobretudo quando alguns idosos prolongavam a entrevista, pela sua necessidade de falar e serem ouvidos, dificultando concretizar o planeamento de trabalho diário e prolongando o tempo inicialmente previsto para a colheita de dados.
- O limite da amostra e de tempo centrado numa realidade dinâmica (grupo populacional), originando, daí, resultados não perenes, que ao longo do trabalho se foram modificando.

2 – TRATAMENTO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

"O Mundo orienta-se pelo nosso envolvimento nele e com ele;
a Realidade só se torna verdadeiramente acessível quando fazemos parte integrante dela"

Patrícia Munhall

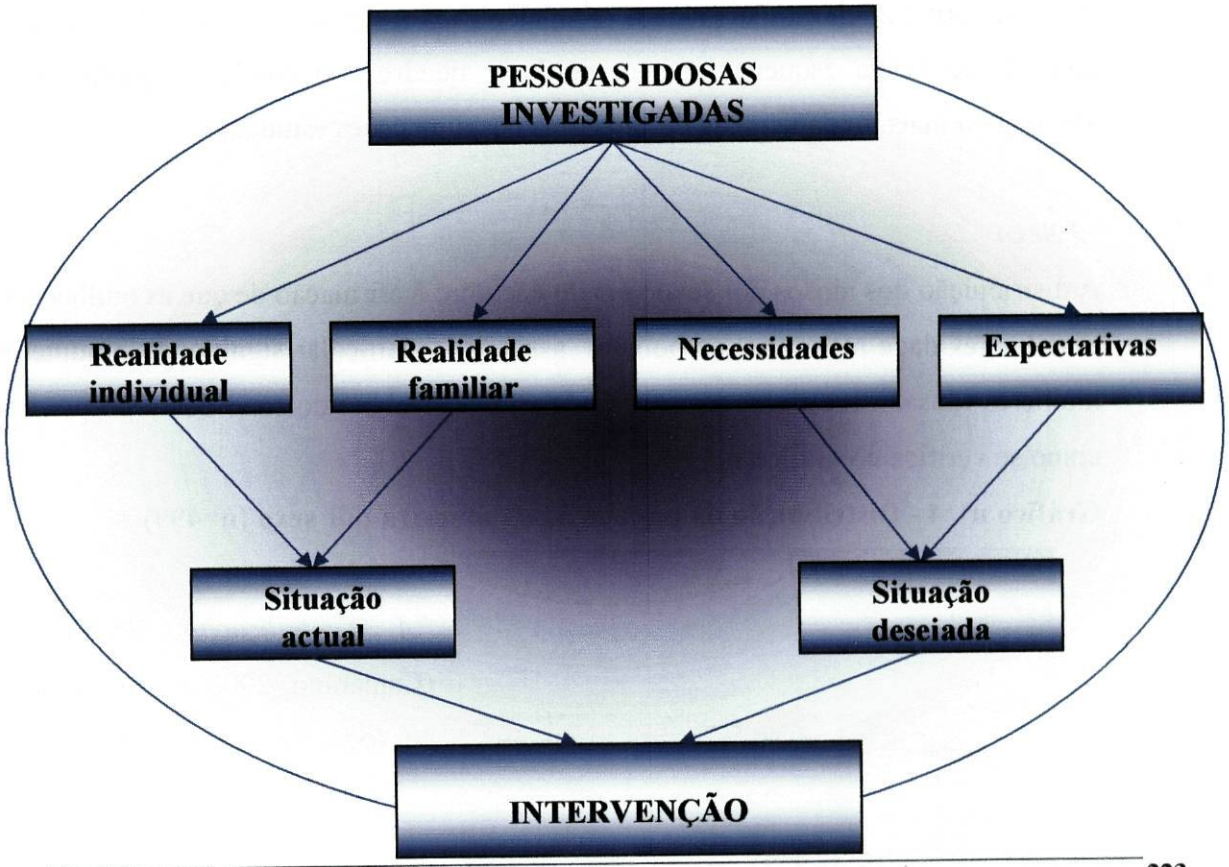
Conforme o planeado, centramos a nossa atenção nos idosos residentes em domicílio, no seio da comunidade urbana e semi-urbana da Cidade de Viana do Castelo onde recolhemos informação dos diferentes aspectos do seu meio físico e humano.

Partindo dos dados de que dispúnhamos e, numa análise profunda pelo recurso aos métodos estatísticos, apresentamos a avaliação quantitativa em quadros e gráficos, complementada com informação pormenorizada e rigorosa dos diferentes aspectos que recolhemos do seu meio físico e humano.

Foi nossa preocupação conhecer a realidade individual e familiar dos idosos, identificar as suas necessidades e expectativas, para entender e conjugar a situação real com o que será desejável e mais benéfico para o seu bem-estar.

Da experiência e vivências desta fase, junto de idosos e seus familiares, consolidaram-se as questões conceptuais que sempre estiveram presentes nesta investigação, que ilustramos na figura n.º 5.

Figura nº. 5 – Questões conceptuais que orientaram a investigação



2.1– OS IDOSOS NO SEU MEIO SÓCIO-FAMILIAR

"Os projectos em geriatria... têm como finalidade germinar para a mudança, de forma a motivar os idosos para a (re)descoberta do seu valor na família e na comunidade"

Padre Artur Gonçalves, 2005

Preocupamo-nos na aproximação ao mundo real dos idosos, observando e auscultando os relatos de experiências reveladoras de formas de enfrentar a vida e as dificuldades de cada dia. Fomos ouvindo os seus desabafos, algumas histórias de vida, reveladoras da profunda relação entre a imensa área do saber e da vida.

A aplicação dos vários instrumentos de recolha de dados conduziu a resultados sócio-demográficos e sanitários que apresentamos a seguir.

2.1.1 – Análise sócio-demográfica e sócio-sanitária do grupo em estudo

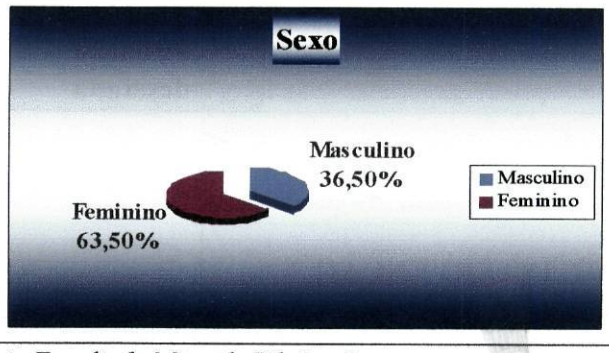
Definido o *corpus* de análise, fomos caminhando ao longo dos dados de cada instrumento utilizado, seguindo a sequência de cada uma das variáveis/dimensões em estudo.

Afim de tornar a leitura mais agradável apresentamos algumas características gerais da amostra de forma esquemática, em gráficos, quadros ou tabelas, seguida de uma abordagem mais fundamentada de cada uma das dimensões estudadas.

→ *Sexo*

A distribuição dos idosos por sexo vem de encontro à afirmação de que as mulheres têm uma longevidade maior que os homens, assumindo particular significado o número de mulheres idosas no estudo, representando 63,5% (n=317) do total desse grupo etário, como se verifica no gráfico n.º 4:

Gráfico nº. 4 - Distribuição da população da amostra por sexo (n=499)



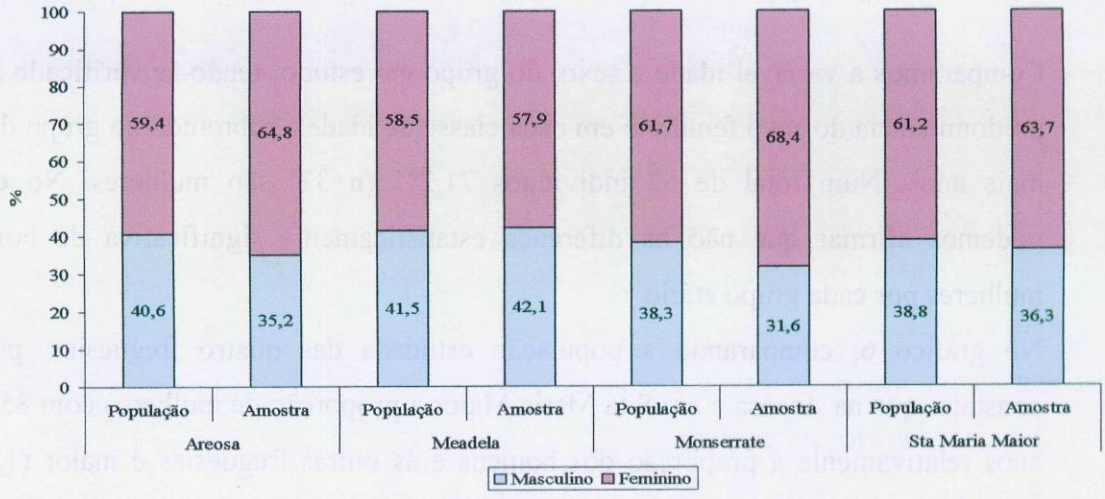
"A feminilização da velhice" (Camarano, 2002, p.61) é registada em todo o mundo. Em França, *"em*

três indivíduos dois são mulheres" (Bize e tal, 1985, p. 46), justificando as diferenças pelas baixas da I e II Guerras Mundiais e também atribuídas à longevidade das mulheres.

No nosso país *"a população idosa é predominantemente feminina"* (INE, 1999, p.73), podendo relacionar-se, com aspectos culturais e de trabalho da mulher, mais protegida e destinada a actividades domésticas, pelo menos até meados do século passado. É também reflexo dos fluxos migratórios a que a população masculina foi mais sujeita e, ainda, à sobre-mortalidade dos homens nas diferentes idades. Estes dados, ainda que prudentemente interpretados, levam-nos a considerar as afirmações em bibliografia variada, sobre a maior esperança de vida para as mulheres, acentuando-se o envelhecimento no sexo feminino e a percentagem de mulheres dependentes (Netto, 2002; Camarano, 2002; Neri, 2002).

Nas quatro freguesias estudadas o número de mulheres é mais elevado em todas elas, sendo a amostra, também, mais representada pelo sexo feminino, como se pode comprovar no gráfico nº. 5:

Gráfico nº. 5 – Proporção por sexo na população e na amostra por freguesia



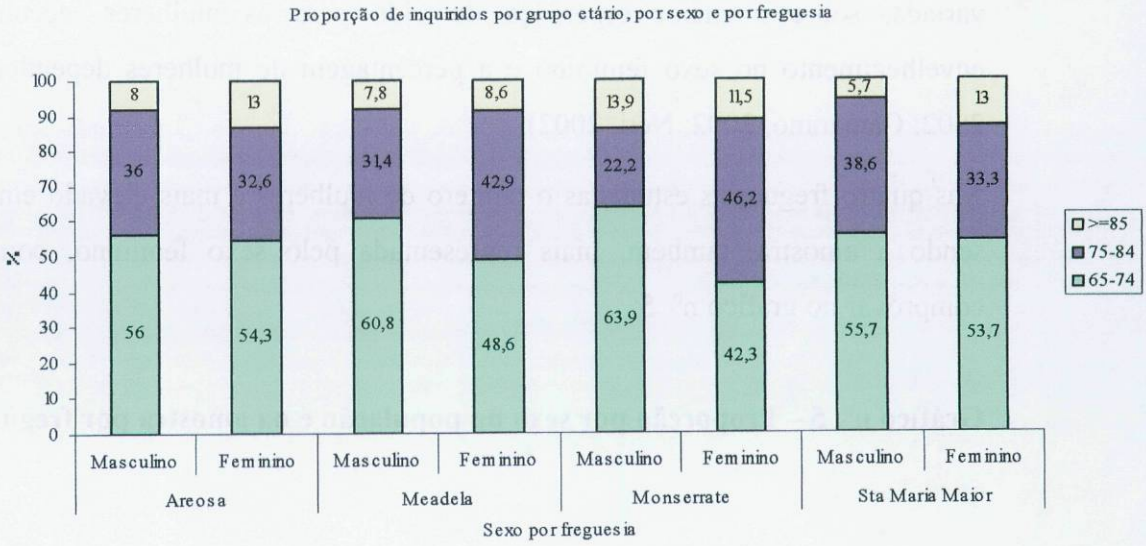
→ *Idade*

Os quatrocentos e noventa e nove (499) idosos estudados têm idades compreendidas entre os 66 e 96 anos (amplitude de variação de 30 anos); a média de idade situa-se em

74,96; a mediana em 74 anos; é multimodal; variância de 45,30 e desvio padrão de 6,73. O grupo etário prevalente situa-se em 70-74 anos.

Foram distribuídos por dois grupos etários, com intervalos de 5 e 10, para permitir uma melhor análise no cruzamento e comparação de outras variáveis.

Gráfico nº. 6 – Distribuição dos idosos inquiridos por grupo etário, sexo e freguesia, na Cidade de Viana do Castelo (n=499)



Comparamos a variável idade e sexo, do grupo em estudo, tendo-se verificado alguma predominância do sexo feminino em cada classe de idades, sobretudo no grupo de 85 ou mais anos. Num total de 52 indivíduos 71,2% (n=37) são mulheres. No entanto, podemos afirmar que não há diferença estatisticamente significativa de homens e mulheres por cada grupo etário.

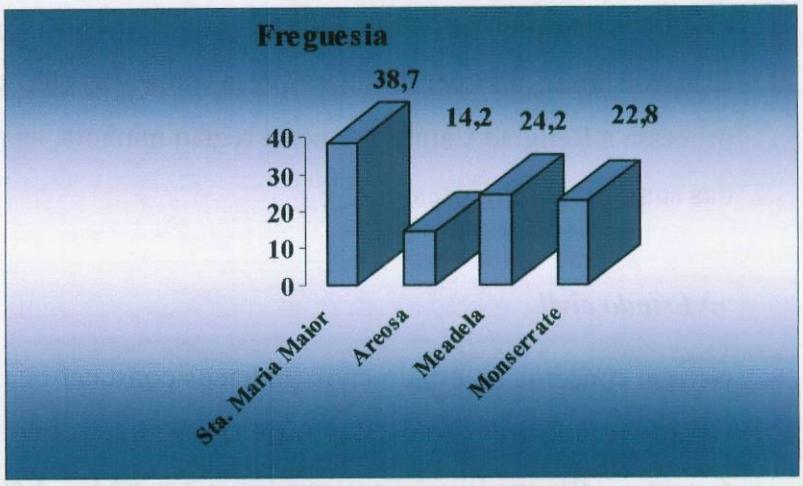
No gráfico 6, comparando a população estudada das quatro freguesias, pudemos constatar que na Areosa e em S.ta Maria Maior a proporção de mulheres com 85 e mais anos relativamente à proporção dos homens e às outras freguesias é maior (13% nas duas freguesias). Em Monserrate, no mesmo grupo etário, pelo contrário há 13,9% de homens. O grupo etário dos 65-74 anos encontra maiores proporções no sexo masculino, situando-se em 60,8% na freguesia da Meadela e em 63,9% em Monserrate.

→ *Freguesia*

A amostra recaiu nos idosos das quatro freguesias da cidade, distribuídos de acordo com os quadros e gráficos seguintes.

Gráfico nº. 7 – Distribuição dos idosos inquiridos por freguesia (n=499)

A distribuição aleatória dos idosos na base de dados permitiu uma amostra com esta distribuição, e compreende, para cada freguesia cerca de 10% da população total.



As freguesias mais populosas são S.ta Maria Maior e Meadela. De salientar, também, o elevado percentual de mulheres por cada uma das freguesias como se pode verificar no quadro nº. 7

Quadro n.º 7 - Distribuição dos indivíduos em estudo (n=499), em número absoluto e percentual, por sexo e por freguesia

Freguesia	Masculino		Feminino		Total	
Areosa	25	35,2%	46	64,8%	71	100%
Meadela	51	42,1%	70	57,9%	121	100%
Monserrate	36	31,6%	78	68,4%	114	100%
Sta. Maria Maior	70	36,3%	123	63,7%	193	100%
Total	**182**	**36.5%**	**317**	**63.5%**	**499**	**100%**

A proporção de inquiridos em relação à população idosa de cada freguesia foi a expressa no gráfico n.º 6, bem como a proporção por sexo na população e na amostra por freguesia, que se pode ler no gráfico nº. 7.

Parece-nos, pois, poder afirmar que os dados que colhemos são representativos da população em estudo. Salientamos a relativa superioridade dos valores para o sexo feminino, na população e na amostra.

→ *Religião*

À luz do que nos foi dado recolher, obtivemos 95,8% (n=478) crentes da religião católica e os restantes distribuídos por outros credos religiosos; 1,8% (n=9) diz-se ateu. Esta conclusão não constituiu surpresa, uma vez que, por tradição, o povo português processa a Religião Católica, e nesta região minhota, as pessoas de idade são defensoras das suas raízes religiosas.

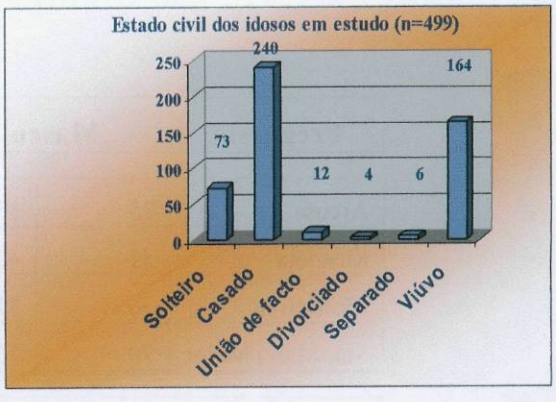
→ *Estado civil*

No que concerne ao estado civil, pudemos constatar que 50,5% (n=252) são casados ou vivem em união de facto; 32,9% (N=164) são viúvos; 14,6% (n=73) são solteiros; os restantes 2,0% (n=10) são divorciados ou separados. Veja-se o quadro nº. 8 e gráfico nº. 8:

Quadro n.º 8 – Estado civil dos idosos em estudo (n=499

Estado Civil	Frequência	%
Solteiro	73	14.6
Casado	240	48.1
União de facto	12	2.4
Divorciado	4	0.8
Separado	6	1.2
Viúvo	164	32.9
Total	**499**	**100.00**

Gráfico nº 8 – Estado civil dos idosos em estudo (n=499)



→ *Com quem vive*

Procuramos saber com quem vive o idoso, na perspectiva de possível resposta familiar às suas necessidades. 16,6% (n=83) vive só; 33,7% (n=168) vive com o cônjuge e outros familiares; 20,4% (n=102) vive com filhos; 10,6% (n=53) vive com outros

familiares (sobrinhos, netos, irmãos); 1,2% (n=6) com empregados e 0,4% (n=2) inseridos em projectos de parceria/protocolo em família de acolhimento, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino.

A predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas políticas sociais, uma vez que é assumido o status doméstico por excelência atribuído à mulher portuguesa. Assim sendo, e se a mulher fica dependente, as estruturas de apoio têm de ser pensadas de forma a suprir as dificuldades desta no que concerne às necessidades humanas básicas, mas também, à manutenção das actividades de vida diária ou, como alguns autores referem, às actividades instrumentais de vida diária, que dizem respeito à manutenção e equilíbrio da vida familiar. Estes condicionalismos e exigências culturais impostas à mulher portuguesa, e muito enraizadas nesta geração minhota, são retratadas em algumas confidências feitas por idosos e, sobretudo idosas, ao afirmarem:

"Quando eu não puder fazer as coisas (...) quem vai cuidar da vida da casa?" (E 27);

"Não tive a sorte de ter filhas...os filhos não sabem cuidar da gente (...) as noras não são do nosso sangue, são mais duras e frias" (E 77);

"Os homens foram educados para os trabalhos duros (...) às mulheres ensinava-se a vida da casa e a cuidar dos outros, a tratar de tudo e de todos" (E 83).

O papel da mulher é assumido, por muitos idosos, como um elemento indispensável na estabilidade do lar. Compreendemos isso porque tivemos oportunidade de observar, de perceber o que nos foi narrado, *"pela interpretação da linguagem viva de cada uma das pessoas"* (Lins, 2001, p.126), sobretudo o que nos foi confiado por cada um dos idosos, sujeitos deste estudo.

Relativamente à coabitação foram expressas diversas preocupações quer relacionadas com o medo de ficarem sozinhos ou perderem o respectivo cônjuge (esta preocupação mais frequentes nos homens), ou, ainda, ficarem incapazes de continuar a sua autonomia. A corroborar este facto citam-se algumas das expressões verbalizadas:

"Se a minha mulher morrer primeiro... que vai ser de mim..." (E 3).

"Preocupa-me muito não poder cuidar do marido e de mim..." (E 21).

" Uma doença que impossibilite de cuidar de si e do marido" (E 401) ".

"Estou a ficar sem forças e não tenho quem faça nada da lida da casa" (E 22).

"Sobrecarregar a filha...ela tem de trabalhar..." (E 32).

"Ter de ser cuidado pela nora ...é muito fria e seca" (E 6).

Dos indivíduos abordados no estudo 83 vivem sozinhos, sendo 86,7% (n=72) do sexo feminino e 13,3% (n=11) do sexo masculino.

Os que residiam sozinhos, extremamente carentes de companhia, conversavam de tudo e, carinhosamente, pediam *"fique mais um pouquinho"*. Dificultavam até o terminar da entrevista, porque nos apercebíamos da sua necessidade de comunicar e de alguém que, efectivamente, os oiça.

Viver numa pensão, por exigência de actividade profissional, tornou-se o lar, a família e o aconchego dos últimos momentos de vida. Residente em Viana do Castelo, há 40 anos, sem família, recusa-se a sair do seu domicílio de permanência: *"...que me levem quando não puder decidir...ou não chegar a minha reforma para pagar os cuidados de alguém"* (E 52).

→ *Prestador de cuidados*

Parece-nos importante relacionar a coabitação do idoso com os possíveis cuidadores, porque, em nosso entender, é revelador ***do ser das pessoas idosas*** com quem contactamos.

Da nossa amostra, apenas 13.8% (n=69) tem necessidade de cuidador. Destas, 29,0% (n=20) são homens e 66,7% (n=49) são mulheres. Aos restantes (430) não se aplica este item, apesar de alguns utilizarem, para serem autónomos, ajudas técnicas como a bengala.

No quadro nº. 9 apresentamos os idosos que necessitam de **prestador de cuidados** por freguesia, idade e sexo.

Quadro n.º 9 – Distribuição por freguesia dos idosos inquiridos que precisam de cuidador por idade e sexo (n=69)

Freguesia	Grupo etário (anos)	Sexo		Total N (%)
		Masculino N (%)	Feminino N (%)	
Areosa	65-74	1 33,3	2 66,7	**3** **100,0**
	75-84	1 25,0	3 75,0	**4** **100,0**
	>=85	0 0,0	2 100,0	**2** **100,0**
Meadela	65-74	3 75,0	1 25,0	**4** **100,0**
	75-84	1 11,1	8 88,9	**9** **100,0**
	>=85	1 50,0	1 50,0	**2** **100,0**
Monserrate	75-84	0 0,0	8 100,0	**8** **100,0**
	>=85	1 33,3	2 66,7	**3** **100,0**
S.ta Maria Maior	65-74	2 50,0	2 50,0	**4** **100,0**
	75-84	7 41,2	10 58,8	**17** **100,0**
	>=85	3 23,1	10 76,9	**13** **100,0**

Analisando o quadro anterior, podemos constatar que o maior número de inquiridos que necessita de cuidador se situa em S.ta Maria Maior, cerca de 50% (n=34) e que, destes, 38,23% (n=13) é do grupo etário de 85 e mais anos.

Feita uma análise no total de inquiridos por freguesia, a percentagem de idosos com cuidador, situa-se em: 12,7% na Areosa, 12,4% na Meadela, 9,7% em Monserrate e 17,6% em S.ta Maria Maior. A incidência de idosos é maior em Monserrate (ver quadro n.º5), porém, não parece haver, ainda, idosos muito limitados.

Não se encontrou na freguesia de Monserrate nenhum indivíduo a precisar de cuidador no grupo etário de 65-74 anos. No grupo dos 75-84 anos, precisam oito indivíduos do sexo feminino.

Os cuidados aos idosos com algum grau de dependência (n=69) são prestados pelo cônjuge em1,6% (n=8) dos inquiridos; por filhas ou noras 5,2% (n=26); por outros familiares 3,6% (n=18); por parcerias/protocolos 2,8% (n=14) – das quais, três são prestadas ao sexo masculino e onze ao sexo feminino – e os restantes por empregados ou vizinhos amigos.

→Domicílio habitual

Entendemos **domicílio primário** a casa habitada pelo idoso, há alguns anos (independentemente de ser pertença do próprio, de familiares ou alugada), da qual não teve de sair por limitações ou dependência de cuidados. **Domicílio de substituição** a casa que passou a habitar, por razões que se prendem com o seu processo de entropia. Não foram consideradas as residências geriátricas, que pressupõem a existência de infra-estruturas próprias para o atendimento de qualidade às necessidades apresentadas pela pessoa idosa.

Vivem na sua residência habitual, em domicílio primário 90,2% (n=450) e em domicílio de substituição 9,8% (n=49), distribuídos por casas de filhos, de sobrinhos ou de netos, ligados por laços de parentesco ou consanguinidade. Apenas 0,2% (n=2) não apresentavam qualquer tipo de vínculo afectivo com os coabitantes, vivendo em ***famílias de acolhimento:*** um idoso do sexo masculino e outro do sexo feminino.

O elemento do sexo masculino exprimiu as razões da mudança de domicílio:

"Não podia viver sozinho. Nunca soube fazer nada em casa" (E 1).

A família de acolhimento foi a solução que lhe apresentaram, quando recorreu ao SNSS, para *"...não morrer tão depressa...eu não sei viver sozinho"*; *"É pena não haver ninguém na minha terra para fazer o que fazem estas pessoas"*.

Conversamos com ele e preenchemos o questionário. Pareceu satisfeito com a família de acolhimento: *"Não me falta nada"*, *"são carinhosos"*, *"cuidam bem de mim"*. Porém, falava com mágoa, muita tristeza porque os filhos estavam longe e sem querer saber dele. *"Aqui não tenho amigos"*. Parece ter havido um corte nas raízes que o alimentavam e mantinham vivo, as teias sócio-relacionais e espaço-temporais que o impulsionavam e mantinham activo.

Esta percepção veio confirmar que "*Os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida e, de entre estes, os homens surgem em posição ainda mais desvantajosa*" (INE, 1999, p. 73).

Porém, a mudança do elemento do sexo feminino deveu-se ao seu grau de limitação e dependência nas necessidades humanas básicas. Foi uma situação de alta hospitalar, orientada e apoiada pelo serviço social, dadas as condições de dependência de cuidados e de isolamento familiar em que a idosa vivia.

Houve algumas referências na procura de familiares mais próximos, deixando perceber a grande necessidade de afecto, referindo que a mudança foi para "*...para ajudar a filha ...porque trabalha*" ou "*...ajudar a criar os netos*". E, assim, também procuravam companhia e algum apoio para situações de maior dificuldade.

Ainda que seja mais difícil o homem viver só, não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos na mudança de domicílio.

→ *Acessibilidade à habitação*

Considerou-se importante analisar se a habitação onde reside o idoso tem escadas ou beneficia de elevador, já que uma das grandes (e primeiras) limitações dos idosos se relaciona com dificuldades da marcha e locomoção. Os resultados da pesquisa são os seguintes:

- 33,9% (n= 169) vivem em rés-do-chão;
- 57,3% (n= 286) tem escadas;
- 8,8% (n= 44) tem elevador.

Da observação efectuada ressalta a existência de muitas escadas em vivendas (muitas delas de acesso exterior à habitação) na zona de Areosa e Meadela, com características de ruralidade – situando-se no primeiro piso a habitação e em baixo as arrecadações ou animais.

São lanços únicos de oito a dez escadas ou com patamar a meio, possibilitando maior facilidade no acesso. Idosos a residirem em apartamentos, no segundo ou terceiro piso, de construção antiga, sem elevador, nas casas reconstruídas na parte antiga da cidade – zona histórica – utilizando as zonas de rés-do-chão para comércio.

Uma das nossas inquiridas vive só, num 2-° andar, (a cerca de 500metros do C.S.), acesso de escada muito sombrio e estreito. Tem 76 anos, apresentando grande debilitação e redução de força física. *"Tenho a doença do Papa..."* (E118), respondeu-nos a sorrir, com desequilíbrio, apoiada por uma bengala, que só por si, não lhe permite a marcha com segurança. Caminha cambaleante, com ajuda da bengala e apoiando-se nos móveis. Só sai à rua para ir ao hospital e com ajuda dos bombeiros.

De facto, estes dados colhidos e, por nós verificados, reflectem com muita transparência o mundo da vida da pessoa idosa, como também o seu mundo de movimento ou expressão da sua mobilidade. O entendimento dos factos objectivos, bem como, do

sentido/significado de análises subjectivas que interiorizamos da nossa experiência comunicativa, permitem afirmar que os obstáculos de acessibilidade à rua originam isolamento e solidão, dificultando a comunicação/relação com os outros.

→ *Nível de instrução*

Relativamente ao nível de instrução verifica-se que 17,6 % (n=88) são analfabetos, seguindo-se 34,0% (n=170) que sabe ler/escrever e não completou Instrução Primária, hoje designado Ensino Básico. Completaram a Instrução Primária 38,5% (n=192). Importa realçar que desta amostra, 90,1% (n=450) dos respondentes se situa, maioritariamente, nos itens *analfabeto, sabe ler e escrever e completou ensino primário.* O número de idosos com instrução acima da primária é muito baixo, 9,8% (n=49). De salientar que, aquando do estudo, na freguesia de Areosa, decorriam cursos de alfabetização de adultos, com grande adesão de idosos.

→ *Ocupação/profissão anterior*

No perímetro urbano recentemente integrado na cidade, com características de ruralidade, (Meadela e Areosa) alguns inquiridos referiam o trabalho rural como profissão; as mulheres desempenhavam cumulativamente as obrigações domésticas e agrícolas.

Foram referidas algumas profissões como por exemplo lavadeiras, estivadeira, leiteira, que hoje, fruto do desenvolvimento tecnológico, da indústria e do comércio, já não existem e, muito menos, em zona urbana. Nos entrevistados da freguesia de Monserrate, onde se situa a zona piscatória da cidade, encontramos com alguma frequência as profissões de pescador e de peixeira.

Quadro n.º10-Distribuição dos idosos, em número absoluto e percentagem, pelo sector de actividade que exerceu

Sector	Nº.	%
Primário	292	58,5
Secundário	124	24,8
Terciário	83	16,6
Total	**499**	**100.00**

Gráfico nº. 9 - Distribuição dos idosos, em número absoluto e percentagem, pelo sector de actividade que exerceram



O sector primário absorvia o maior número de idosos na sua actividade económica. Foi mais notória a existência de agricultores ou trabalhadores da agricultura nas freguesias de Areosa e Meadela, onde permanece, após a reforma, a mesma actividade como fonte complementar de rendimentos. Outros, não tendo sido essa a sua principal profissão, constitui hoje, uma ocupação de distracção ou lazer, obtendo do trabalho agrícola o complemento de bens essenciais nas despesas do dia-a-dia, minimizando os recursos insuficientes.

Relacionando a actividade profissional com o nível de instrução, não foi de estranhar o número de idosos, que no passado exerceram actividade profissional no sector terciário, sabendo que, em algumas situações, seria necessário, apenas, a 4.ª classe.

→*Actividade/ocupação actual*

Grande parte dos inquiridos, 35,5% (n=177) não tem actualmente qualquer profissão. No entanto, 17,8% (n=89) ocupa-se por distracção; 6,2% (n=31) mantém uma actividade remunerada e 40,5% (n=202) responsabilizam-se pelas actividades domésticas, sendo estas quase que exclusivamente desempenhadas por mulheres.

Algumas idosas referiram actividade remunerada, mantendo trabalho de empregada de limpeza fora de casa e trabalhos de costura.

Era frequente ouvir algumas idosas referir o gosto pelo trabalho doméstico, mas, o que mais se evidenciava eram queixumes pelo cansaço e limitações físicas que lhes dificultava a actividade:

"Já não tenho força para fazer as coisas como queria" (E 24);

"Se eu não fizer a lida da casa...não tenho quem faça nada" (E 78);

"Sempre gostei de cuidar de tudo...agora tenho poucas forças" (E 201).

Os idosos que contactamos, inseridos no seu ambiente social quotidiano, tal como o constituíram, procuravam enfrentar os desafios, superar dificuldades, criar razões para viver.

→ *Fonte de rendimento*

Procuramos saber de que viviam actualmente os idosos da nossa amostra e concluímos que 96,2% (n=480) tem reforma, alguns referindo *"a reforma não chega para os remédios"*. Apenas 2,4% (n=12) vivem de pensão social e 1,4% (n=7) referiram viver de rendimentos.

Destes dados pudemos concluir que as reformas são a principal fonte de receita. Mas, a analisar pela profissão, usufruem receitas líquidas muito baixas, originando fraca disponibilidade financeira para adquirirem bens ou serviços de que necessitam e, indispensáveis, a uma vida mais autónoma. As dificuldades financeiras originam carências, angústias e constrangimentos, diminuindo a qualidade de vida do idoso.

→Necessidade de ajudas técnicas

Só 14,2% (n=71) dos inquiridos dizem ter necessidade de ajudas técnicas.
Essas ajudas distribuem-se por fraldas, referenciadas como muito dispendiosas, com um percentual de 39,4% (n=28); cama articulada com uma necessidade expressa em 14,1% (n=10); cadeira de rodas 7,0 (n=5 e andarilho ou bengala com 39,4% (n=28).
Quisemos saber, ainda, se já as possuem e qual a instituição que apoiou.
Apesar das referências de muitas limitações económico-financeiras, 84,5% (n=60) foram adquiridas pela família; 12,7% (n=9) comparticipadas pela Segurança Social e 2,8% (n=2) subsidiados por outras entidades.

2.1.2 – Qualidade de vida, limitações da capacidade funcional e decisões de intervenção.

Ao longo da investigação efectuada e, através dos vários instrumentos de colheita de dados de que dispúnhamos, fomos recolhendo e trabalhando os dados, analisando e comparando com as situações que observamos no contacto com a realidade sócio-cultural e familiar.
A utilização da Escala de Barthel permitiu avaliar a capacidade funcional do indivíduo para actividades de vida que lhe permitiam, ou não, a sua autonomia. Da mesma forma, se analisou e comparou com os parâmetros do Índice de Qualidade de Vida do Idoso, permitindo, assim, verificar os que necessitavam de uma intervenção mais urgente.
De acordo com os parâmetros da Escala de Barthel, no estudo efectuado 85,2% (n=425) idosos são independentes; 3,0% (n=15) apresenta leve dependência (grau I); 4,6% (n=23) têm moderada dependência (grau II); 5,8% (n=29) situam-se em grave dependência (grau III) e 1,4% (n=7) dependência total (grau IV).

No quadro n.º. 11 identificaram-se as actividades de vida em que os idosos, do grupo em estudo, apresentavam total dependência ou necessitavam, apenas, de ajuda.

Quadro n.º 11 - Parâmetros relativos a actividades de vida, por sexo, considerados na Escala de Barthel, em que o grupo de idosos apresentava limitações

Itens	Dependente		Total	Ajuda		Total
	M (%)	F (%)	(%)	M (%)	F (%)	(%)
Alimentação	1 25,0	3 75,0	**4** **100,0**	6 22,2	21 77,8	**27** **100,0**
Banho	3 27,3	8 72,7	**11** **100,0**	15 30,6	34 69,4	**49** **100,0**
Vestir	2 25,0	6 75,0	**8** **100,0**	11 32,4	23 67,6	**34** **100,0**
Higiene pessoal	5 23,8	16 76,2	**21** **100,0**	---	---	---
Defecação	1 25,0	3 75,0	**4** **100,0**	11 28,2	28 71,8	**39** **100,0**
Micção	4 36,4	7 63,6	**11** **100,0**	35 25,4	103 74,6	**138** **100,0**
Casa de banho	2 28,6	5 71,4	**7** **100,0**	12 34,3	23 65,7	**35** **100,0**
Mudança cadeira/cama	1 14,3	6 85,7	**7** **100,0**	8 33,3	16 66,7	**24** **100,0**
Deambulação	5 27,8	13 72,2	**18** **100,0**	10 30,3	23 69,7	**33** **100,0**
Escadas	9 28,1	23 71,9	**32** **100,0**	16 32,7	33 67,3	**49** **100,0**

Verificamos que o item mais pontuado é a **micção** e, mais lesiva, no género feminino. Referênciar a perda involuntária de urina era uma constante, acrescida de *"não tenho dinheiro para comprar fraldas"* e, por isso, *"...não saio de casa"*;"*...em casa vou-me protegendo com paninhos"* (E 40).

Encontramos 63,6% (n=7) mulheres incontinentes e 76,6% (n=103) com incontinência ocasional. No homem estes valores situam-se, respectivamente, em 36,4% (n=4) e 25,4% (n=35).

Da mesma forma, eram as mulheres as mais penalizadas no parâmetro da **eliminação intestinal**. Em 4 idosos incontinentes, 75% (n=3) eram mulheres e, em 39 com incontinência ocasional, situaram-se em 71,8% (n=28), contra 28,2% (n=11) no sexo masculino.

De realçar, também, que em todos os itens da Escala de Barthel, o sexo feminino apresenta maiores limitações, identificando-se, por isso, mais situações de dependência ou necessidade de ajuda.

São notórias, ainda, as incapacidades verificadas para tomarem banho sozinhos. As casas de banho (muitas vezes inadequadas à sua mobilidade), acrescidas de dificuldades de adaptação das mesmas, constituem uma barreira à autonomia dos idosos nesta função.

As condições habitacionais, referidas anteriormente (agravadas pela existência de 57,3% (n= 286) com acesso à habitação por escadas), tornam a necessidade de *"...ajuda física ou supervisão para subir e descer escadas"* (Escala de Barthel) um cuidado importante na manutenção da vida social e de grupo.

No item *"mudança cadeira/cama"* e, pontuados em **dependente**, encontramos 85,7% (n=6) para o sexo feminino e 14,3% (n=1) do sexo masculino. Com pontuação em **grande ajuda**, a percentagem é, também, elevada, situando-se em 66,7% (n=16) no sexo feminino para 33,3% (n=8) para o masculino. Todos estes idosos necessitam de pessoas preparadas para, com alguma frequência, os mobilizarem e ajudarem a sair da cama.

Acentua-se, também, uma significativa perda de função quer para a **deambulação** como para **subir ou descer escadas**.

A perda de autonomia, regra geral, associa-se a um declive físico e cognitivo, impedindo o idoso de sair de casa, de estar e conviver com outras pessoas, de ocupar-se e ocupar a mente.

Cruzando este dado com 57,3% (n=286) de idosos cuja acessibilidade à habitação é feita por escadas, verificamos existirem muitas dificuldades a condicionar a mobilidade destes idosos e a impedir o seu relacionamento com o meio social e comunitário, ficando isolados e confinados ao seu espaço habitacional.

Aliando os diversos níveis de dependência encontrados através da Escala de Barthel com os valores do Índice de Qualidade de Vida dos Idosos, salientamos alguns resultados que nos mereceram maior preocupação pela necessidade urgente de intervenção que possibilite ao idoso *"...a capacidade para fazer, ter e conseguir"* (Circular Informativa n.º 1/CSI/DAS de 13/01/93), para manter a sua qualidade de vida.

Foram encontrados no estudo 24,6% (n=123) indivíduos considerados com ÍQVI <23, significado, este, atribuído a **não qualidade de vida**.

Numa amostra (n=499) em que 16,6% (n=83) indivíduos idosos vivem só, sendo 86,7% (n=72) mulheres, **o isolamento ou ausência de comunicação, relação familiar, mobilidade, actividade ocupacional e lúdica são dados a valorizar**, pelas razões de dificuldade do contacto social, relacional e afectivo a que as mulheres da geração mais velha foram votadas pela sociedade.

A qualidade de vida é definida pela *"Percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência"* (Circular Informativa n.º 1/CSI/DSA, de 13/01/93. Assim sendo, procuramos agrupar os *"componentes básicos de vida"* do IQVI que encontramos menos pontuado no quadro n.º...

Quadro n.º 12 - Frequência e percentagem dos componentes básicos de vida menos pontuados pelo IQVI

Componentes	Frequência	%
Sem comunicação/relação	11	2,2
Sem mobilidade	14	2,8
Sem actividade de vida diária	19	3,8
Sem actividade ocupacional	251	50,3
Sem actividade remunerada	446	89,4
Sem actividade lúdica	274	54,9
Sem relação familiar	67	13,4
Insuficientes recursos económicos	269	53,9

Ainda que a percentagem dos *"sem mobilidade"* encontrada seja em número reduzido – 2,8% (n=14) – temos de considerar que, associado a este parâmetro existe outros que condicionam a qualidade de vida. A mobilidade, só por si, interfere numa função importante para a vida: **actividade física**.

Podemos considerar que o deficit no padrão mobilidade acarreta grandes problemas ao idoso:

- Na manutenção de funções vitais: cardio-circulatórias, respiração/oxigenação, revitalização músculo-esquelética.
- Na satisfação do auto-cuidado: alimentação, higiene, eliminação, conforto.
- Na colaboração nas actividades de vida da família.

- Para evitar ou combater o isolamento e a solidão.
- Para recurso aos meios ou instituições que possam repara ou restabelecer as funções de vida.

Movimentar-se permite à pessoa idosa entrar em contacto com o seu mundo e, assim, ganhar novas experiências desse mundo. Entrar em contacto com os outros, relacionar-se, comunicar, *"...continuar o seu Projecto de Ser-humano"* (Lins, 2001, p.150), aceitando que a verdadeira essência humana reside na relação. A pessoa idosa, hoje, tem mais possibilidades, e durante muito mais tempo, para comunicar-se com o seu mundo social e, assim, poder desfrutar de uma vida para a qual trabalhou tanto. Assinalamos, todavia, 2,2% (n=11) sem comunicação/relação; 13,4% (n=17) com deficit no relacionamento familiar; 54,9% (n=274) sem actividade lúdica. Estes idosos necessitam, com alguma prioridade, uma intervenção comunitária pautada pela necessidade individual, mas, que os estimule para a vida, que os faça sentir úteis e valorizados, estimulando a auto-estima, o desejo de participação e realização em cidadania.

2.1.3 – Avaliação das expectativas e necessidades do idoso

Em qualquer investigação é particularmente importante a análise que se faz dos números, a apreciação de tudo que é mensurável, quantificável ou é apresentado em forma de quadro estatístico ou gráfico. É importante reflectir sobre esses dados, e, sobretudo, procurar o equilíbrio entre a quantificação e a análise qualitativa de forma que *"esta não seja escamoteada com desrespeito pelos testemunhos vivos e vividos que foram confiados ao investigador"* (Amado, 2000, p.53). Temos, também, de nos interrogar sobre o significado desses parâmetros e o sentido que os mesmos têm nas condicionantes de qualidade de vida. Daí, ressalta a utilidade de associar outros elementos, de atribuir sentido aos valores numéricos e, conjugar estes com os dados subjectivos, por vezes pouco evidentes, mas que fazem a diferença dos achados investigativos.

A compreensão da enfermagem como um processo holístico, cujos alicerces se fundam nas experiências de vida dos seres humanos, tal como eles os experimentam no contínuo

de saúde, levaram-nos a caminhar por um percurso investigativo que permitisse compreender melhor a realidade de vida dos idosos da Cidade de Viana do Castelo. Essa compreensão do sujeito, e de tudo que o envolve, não pode limitar-se à contagem e apresentação de números. Mais do que contabilizar os dados tivemos de *"mergulhar nos mesmos"* (Streubert, 2002, p.69), dedicar-nos à sua leitura exaustiva, com *"intuição, análise, síntese e relato das descobertas"* (ibidem, p.32). A tarefa de análise dos dados implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividi-lo em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele *"tendências e padrões relevantes"* (Ludke *e tal,* 1986, p.45). Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando relações e inferências num nível de abstracção mais elevado.

A metodologia usada no tratamento dos discursos obtidos nas perguntas abertas denomina-se análise de conteúdo. Trata-se de *"um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) destas mensagens"* (Bardin, 1988, p. 42).

O rigor da análise qualitativa dos dados é demonstrado pela atenção que o investigador dá *"à confirmação da informação descoberta"* (Streubert, 2002, p. 33). E, assim, é importante uma cuidada atenção na leitura dos dados, lendo e relendo as expressões significativas para reflectir e intuir sobre o sentido das mesmas. É através desse processo interpretativo que qualquer problema investigado se torna mais transparente. A análise dos dados pode considerar-se *"um processo com várias etapas, pelo qual um fenómeno global é dividido nas suas componentes e montado novamente sob designações novas"* (Goetz e LeCompte, 1988, p.197). Esse processo desenvolveu-se em três etapas:

1.° - Leitura impressionista.

2.° - Redução dos enunciados por áreas temáticas.

3.° - Elaboração da matriz de análise.

Podemos mesmo afirmar que é um processo de (des) contextualização e (re) contextualização dos discursos encontrados, reconstruindo o sentido, através de localização e atribuição de traços de significação.

Como construção teórica de uma realidade, é um trabalho de interpretação científica, cujo processo não pode estar relacionado a nenhuma regra esquemática de interpretação pré-fixada. É essencial, sim, *"identificar como as declarações ou os temas centrais emergem e estão relacionados uns com os outros, se se pretende que a descrição final seja compreensiva e exaustiva"* (Steubert, 2002, p.69). Também, e de acordo com alguns autores (Ludke, 1986; Fortin, 1999; Streubert, 2003), a análise na investigação qualitativa, começa quando se inicia a colheita de dados, exigindo uma reflexão permanente do investigador. Foi essencial identificar como as declarações dos idosos entrevistados se conjugavam com os outros achados dos vários instrumentos utilizados na colheita de dados, para uma descrição mais compreensiva e exaustiva.

À medida que decorreram as entrevistas e as observações, foram-se revendo os registos, reflectindo informações colhidas, numa tentativa de encontrar e descobrir significados.

Na abordagem qualitativa há necessidade de "ouvir" cuidadosamente aquilo que se viu ou observou, o que nos foi transmitido, o que tivemos possibilidade de experimentar ou vivenciar, de forma a esclarecer o que se descobriu no contexto de um todo.

O estudo no terreno, com todas as limitações dos processos investigativos, permitiu recolher uma série de informações que têm influência na satisfação e na manutenção do equilíbrio biopsicossocial. Permitiu identificar algumas dimensões da vida humana e avaliar algumas características próprias do envelhecimento que acarretam um conjunto de modificações físicas, psíquicas e sociais.

Os vários cenários e os instrumentos de colheita de dados utilizados perspectivaram a caracterização sócio-económica e sanitária (já apresentada em 2.1.1.) e, permitiram também, a identificação das necessidades e expectativas do idoso, obtida pela observação do seu estado mental, pela informação da Escala de Barthel (situando o nível de dependência para actividades de vida), pelo Índice de Qualidade de Vida (apontando para necessidades relacionadas com o equilíbrio bio-psico-social), pelo questionamento das preocupações, pelas expectativas face aos serviços de saúde e atendimento em cuidados de enfermagem, pela satisfação com os prestadores de cuidados e satisfação do próprio cuidador. Esta informação dos relatos escritos preenchidos pelo investigador às questões formuladas na entrevista, constituiu a nossa base de análise.

Foram referenciados por familiares 7 (sete) indivíduos do sexo masculino com Doença de Alzeimer. Por esta razão, algumas questões não foram respondidas por estes

indivíduos e por outros que se encontravam em estado de desorientação (ou impossibilitados de responder), tais como:

- *local onde gostaria de viver no futuro*
- *sente-se bem com a ajuda proporcionada e forma como é realizada*
- *maiores preocupações*

Assim, o corpus de análise de cada unidade temática variou, dado que nem sempre foi possível obter respostas através do idoso.

Após a recolha de dados, iniciamos um trabalho exaustivo de tratamento da informação recolhida. Assim, optamos por ordenar numericamente o material de que dispúnhamos e trabalhar, uma a uma, as áreas temáticas definidas *a priori.*

Procedeu-se, então, à *"leitura flutuante"* dos discursos obtidos em cada questão, em todos os documentos, passando depois à transcrição das expressões mais significativas e sentimentos expressos pelos idosos. Outras leituras se seguiram, para *"ajudar a esclarecer e interligar o conteúdo dos dados colhidos, levando a um conhecimento global e mais profundo"* (Longarito, 1999, p.78). Essas leituras sucessivas e exaustivas possibilitaram a divisão dos textos nas frases consideradas mais significativas (enxertos de texto), sem contudo perder a relação desses elementos com todos os outros componentes. Uma leitura impressionista possibilitou *"chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo"* (Ludke *et al,* 1986, p.48), tentando agrupar "*unidades de sentido*" do texto, segmento de conteúdo menor e considerado como unidade de análise (Vala, 1986), que fomos transcrevendo literalmente, com vista á sua posterior categorização. Foi um trabalho de recorte de enunciados, de onde emergiram as unidades de análise. Começou-se por destacar as unidades de base com enquadramento em cada uma das questões que orientaram a entrevista, seguindo-se o agrupamento por semelhanças e o registo da respectiva frequência.

A organização da informação, fez nascer matrizes de redução de dados, que são apresentados em anexos. Daí, foram elaborados quadros sínteses, que incorporamos ao longo do texto, onde aglutinamos algumas unidades de registo " (...) *ou segmento determinado do conteúdo*" (ibidem, 1986, p.144), com traços de significação comum entre elas; unidades de enumeração " *(...) em função da qual se procede à quantificação"* (ibidem, p.115); e unidades de contexto ou segmento mais abrangente do conteúdo e que permite compreender a *"significação exacta da unidade de registo"*

(Bardin, 1977, p.107). Esta foi a forma visual mais reduzida e elucidativa que encontramos para apresentar os dados qualitativos, tornando-os mais perceptíveis no interior do texto. De outra forma, e dado o volume de entrevistas, seria monótono, pouco interessante e difícil de consultar. Cada área temática foi tratada separadamente.

A sequência na apresentação dos resultados foi a do guião de colheita dos dados no qual se incluiu:

1-estado mental do idoso

2-local onde gostaria de viver no futuro

3-cuidados que necessita

4-satisfação do idoso face à ajuda proporcionada e forma como é realizada

5-maiores preocupações

6-resposta dos cuidados de enfermagem domiciliários

7-serviços de saúde a quem recorre

8-satisfação do prestador de cuidados

Do questionamento feito e da observação colhida fomos constituindo um bloco de análise seguindo a orientação que tínhamos dado às questões, auxiliados com alguma análise de base estatística, dado que os fenómenos vivenciados e narrados pelos informantes num contexto real se interligam, construímos um sistema de análise apriorístico (Vala, 1986), apoiado na exploração teórica feita anteriormente.

→ *Estado mental do idoso*

Não é possível conhecer as expectativas e necessidades do idoso sem antes ter uma ideia do seu funcionamento cognitivo, numa perspectiva espaço-temporal e relacional. A compreensão do estado mental é imprescindível para se perceber o funcionamento do indivíduo, o seu optimismo/pessimismo perante a vida, o seu nível de responsabilidade, de criatividade e de relacionamento com o meio. *"A avaliação funcional do idoso é a melhor aproximação ao seu estado de saúde, dado que através dela se pode determinar a capacidade para viver autonomamente na comunidade e fomentar a sua independência mediante a implementação de medidas que previnam ou recuperem a incapacidade, tendo em vista o seu bem-estar e a qualidade de vida"* (Lage, 2005, p. 7).

Desde 1947 que a OMS, na sua concepção multidimensional de saúde, integra todas estas variáveis, e, desde essa data, que os estudos vêm confirmar que a saúde mental é cada vez mais indispensável ao bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades.

A redução da actividade cerebral, as manifestações mentais e reacções psíquicas, que podem ocorrer com o processo de envelhecimento, foram desde sempre valorizadas no estado de degradação dos idosos, colocando dificuldades acrescidas no seio da família e a quantos se preocupam com a saúde e o bem-estar do indivíduo idoso. *"Em todos os campos da nossa actividade e reacções comportamentais, interferem os seus impulsos, ditando respostas variáveis às reacções exteriores e às vegetativas, consoante a natureza dos estímulos de toda a ordem que, por sua vez, os acometem"* (Fradinho, 1996, p. 62). Cada indivíduo apresenta características, defeitos ou dotes, que irão evoluir de maneira espontânea ou sob influências externas (educação, modo de vida, ambiente social e familiar, credo religioso, entre outros, entre outros), com tendência a manifestarem-se, de forma mais exuberante, na etapa final da vida. É comum afirmar-se que cada um envelhece em função de como viveu. E, assim, envelhecer é *"ser-se cada vez mais igual a si mesmo, tanto no melhor como no pior"* (Bize, 1985, p. 83), sendo muito difícil a mudança de comportamento perante a vida ou perante os outros.

As aptidões alcançadas e o momento do processo de declínio das mesmas, não têm períodos cronológicos definidos, sendo para cada indivíduo determinado por factores biológicos e por factores ambientais: o meio em que vive, os hábitos ou estilos de vida adoptados.

Não foi nossa preocupação aprofundar o estado mental dos idosos com quem contactamos, mas sim, observar se o idoso tem consciência e capacidade para se conduzir normalmente, tanto nas actividades de vida como no relacionamento com os outros. Assim, consideramos importante conhecer algumas manifestações que nos permitissem entender o idoso e sua família:

- A deterioração progressiva das faculdades e funções mentais.
- O declínio progressivo dessas faculdades.
- As alterações e transformações do meio sócio-familiar.
- As reacções do próprio indivíduo.

A nossa observação do estado mental procurou, através de dados objectivos, captar os efeitos do processo de envelhecimento, que pode ou não estar associado a patologias do

foro mental, podendo afectar o idoso de dificuldades cognitivas de relevo, que condicionam a vida do próprio indivíduo, a família e até o grupo social e comunidade.

Os dados objectivos observados diziam respeito à:

1. Orientação auto e halo psíquica (quem é, quantos anos tem, referências de presente e do passado).
2. Comunicação/relação interpessoal (como se relacionava o idoso/investigador e idoso/família).
3. Coerência na comunicação verbal estabelecida com o interlocutor (falava de forma compreensível e entendível).
4. Estado de humor (optimista, exuberante, depressivo).

Pareceu-nos importante a observação destes quatro parâmetros para melhor orientar os programas de cuidados ao utente idoso e família. São dados que permitem avaliar o funcionamento cognitivo da pessoa e o ajuste que terá de haver nos cuidados de manutenção de vida.

Procuramos separar os factos objectivos dos subjectivos, ainda que, com a preocupação de percebermos tudo que ocorre no meio ambiente familiar, prestando atenção às expressões fisionómicas das pessoas, que, muitas vezes, dizem mais que as suas palavras.

Estes quatro itens ajudaram-nos a observar qual o estado de colaboração de cada um dos inquiridos. Assim, encontramos 5,2% (n=26) não colaborantes.

Nos itens, atrás referidos, encontramos as seguintes alterações:

- Em todos os itens (n=7): (E 26), (E 109), (E 193), (E 226), (E 265), (E 274) e (E 344). A informação familiar traduzia D. Alzeimer.
- Desorientação auto e halo psíquica (n=8): (E 37); (E 82); (E 171); (E 183); (E 276); (E 361); (E 479); (E 496).
- Não comunicavam verbalmente com o interlocutor (n=4): (E 88); (E 138); (E 402); (E 481).
- Incoerência na comunicação verbal estabelecida com o interlocutor (n=4): (E 270); (E 360); (E 398); (E 448).
- Humor depressivo (n=3): (E397); (E 477); (E 497).

→ *Local onde gostaria de viver no futuro*

Pode afirmar-se que as pessoas passam a maior parte da vida em ambiente familiar, preparado e adaptado desde o nascimento até à idade avançada. Essa adaptação ambiental faz parte de um processo que acompanhará o ser humano em todas as etapas da vida: infância, adolescência, idade adulta e velhice. Noutros períodos, mais remotos, era no ambiente familiar que ocorria nascer e também onde se esperava a morte. É esse ambiente que propicia saúde e aí se recorre nas situações mais vulneráveis, para cuidar na doença (exceptuando situações agudas), e em períodos de convalescença. Aí permanecem as pessoas no decurso de suas vidas. É esse o local de e para a vida dos mais velhos.

A família é, normalmente, o primeiro grupo social ao qual se pertence e, entre as instituições sociais existentes, é aquela com a qual se estreita mais o relacionamento. Pelas suas funções, a família é considerada de suma importância, não se tratando apenas de um grupo biológico, mas, também, de uma entidade regida por normas, costumes e leis que regulamentam sua formação, sobrevivência e mesmo dissolução. É um centro estruturado no afecto e na inter-relação dos seus membros, e também, na intimidade e identificação com os espaços físicos reservados do habitat familiar. É neste clã (família) o primeiro grupo do qual o indivíduo participa e onde, a partir da convivência com os seus membros, apreende costumes e valores que actuarão como alicerce para o futuro convívio social.

A estreita relação entre as necessidades individuais e o que dá ao meio a qualidade de família, (para além das pessoas e dos laços que as une), parece situar-se no envolvimento dos espaços, dos momentos e da inter relação dos cuidados, em que se evidencia a importância das funções corporais e do meio, no desenvolvimento de cada indivíduo. Assim, *"a família define-se como aquilo que reúne as condições de segurança necessárias ao desenvolvimento ou à sobrevivência física e psíquica do indivíduo..."* (Charazac, 2004, p. 78). A ênfase é posta na envolvente ambiente/família, onde o indivíduo se referencia no próprio local ou espaço – ambiente do seu desenvolvimento.

Na terceira idade ou quando os processos de envelhecimento começam a surgir, *"com as transformações que ocorrem no organismo ou em decorrência das doenças que*

podem acometê-lo, percebemos que o ambiente, que anteriormente era confortável e seguro, pode trazer dificuldades, riscos e desconfortos" (Dias, 1997, p. 77). O ideal seria que, cada indivíduo, na idade adulta (ou antes) definisse e preparasse o ambiente onde gostaria de viver a sua velhice. Porém, o que acontece com frequência, é que, para além da não preparação, o idoso e a família se depara com muitas dificuldades e riscos no ambiente onde vive.

As modificações ambientais ou de hábitos, bem como as mudanças do local de residência, que ocorram bruscamente ou sendo impostas por outras pessoas, podem trazer consequências psicológicas sérias para as pessoas idosas. Os idosos são ciosos dos seus haveres, e do seu espaço, têm dificuldade em desligar-se dos objectos, em adaptar-se às modificações do ambiente, mantendo uma certa continuidade de interesses e sentido de posse dos objectos e bens que constituíram o seu ambiente familiar e espaço sócio-relacional.

O local ou espaço "*onde gostaria de viver no futuro*" foi definido de acordo com a construção mental desenvolvida ao longo da vida por cada pessoa. Dizia respeito ao local onde se alicerçaram as bases de comunicação/relação com os outros – familiares ou não – e com o meio ambiente, isto é, o local onde o idoso considerava possível satisfazer as necessidades humanas básicas e/ou terminar os seus dias. Tratava-se do espaço de satisfação física, relacional e funcional.

A negação à mudança de residência foi uma constante nos idosos que contactamos, 95,2% (n=475) havendo apenas 4,8% que, se pudesse, mudaria de local. As expressões verbais mais significativas ajudaram a perceber os motivos da sua escolha, que nós sintetizamos por duas unidades temáticas e por diversas categorias de significação:

- **Negação à mudança** (domicílio actual):
  - ☛ Manutenção da continuidade
  - ☛Manutenção da estabilidade
  - ☛Razões de ordem cultural
- **Mudança de local** (razões referentes ao domicílio habitual):
  - ☛Condições de habitabilidade
  - ☛Barreiras arquitectónicas

Da análise efectuada, outras expressões recolhidas permitiram sub-categorizar as ideias que parecem estar subjacentes aos enunciados. Veja-se o quadro n.º...

As expressões verbalizadas pelos idosos demonstraram grande homogeneidade, repetindo-se frases idênticas com frequência, e que nos levaram a agrupá-las nas mesmas categorias de significação:

Manutenção da continuidade:

"Viver nesta casa (...) até morrer" (E 3); (E 6); (E 12).

"...viver na casa onde sempre vivi... quase durante 80 anos" (E 11).

"...é aqui que quero morrer" (E 198).

"*...nunca pensei sair daqui"* (E 4); (E 18).

"...nesta casa, até final dos meus dias" (E 8);

"Não quero sair daqui (...) que ninguém me leve sem eu querer" (E14).

Manutenção da estabilidade:

"...se um dia me vão tirar daqui...que seja para o cemitério" (E 13); (E 17); (E 23); (E 188); (E 224).

"...quero ficar nesta casa...mas gostava de ter alguém que pudesse ajudar os filhos a tratar dos pais..." (E 9).

Razões de ordem cultural:

"...se sair desta casa...será para a residência final" (E 287).

"...gostaria de não ser empurrada para um lar" (E 424).

Quadro n.º13 - Escolhas referenciadas pelos idosos sobre *"o local onde gostaria de viver no futuro"* (n=499)

Unidade temática	Categoria	Sub-categoria
Negação à mudança (Domicílio actual) (n=475)	. Manutenção da continuidade	. Casa adquirida com o casamento . Casa herdada de família . Casa onde nasceu . Casa onde sempre residiu
	. Manutenção da estabilidade	. Morrer na própria casa . Antecipação da morte . Nunca pensou sair . Manter a rede social . Necessidade de apoio/cuidado de familiares
	. Razões de ordem cultural	. Presença de familiares . Dever dos filhos de cuidar dos pais . Estereótipo do indigente . Medos culturais
Mudança de local (n=24)	. Condições de habitabilidade	. Favorecedoras . Desfavorecedoras
	. Barreiras arquitectónicas	. Presença de escadas

A referência à **negação à mudança do domicílio actual** foi manifesto por várias expressões que tentamos descodificar, mas, com receio de não fidelidade ao seu exacto sentido, registamo-las a seguir:

"Não quero sair da minha casinha...quero viver onde sempre vivi" (E 2);

"Mudar de casa agora de velho?... quero viver nesta casa até morrer" (E.3);

"Quero ficar na mesma casa. Gostava de ter alguém que pudesse ajudar os filhos a tratar dos pais" (E 9);

"Viver na casa onde sempre viveu...quase 80 anos" (E 11);

"Na minha casa (...) não penso sair daqui (...) nem quero que ninguém me leve sem eu querer" (E 14);

"Na casa onde sempre vivi...desde que casei. Foi aqui que criei os filhos (...) e quero morrer aqui" (E 24);

"Onde sempre vivi. Quero viver junto dos meus" (E 34);

"Onde vivo. Foi a casa que me deixaram os meus pais" (E 39);

"Na minha casa...com a família. Não sou de me relacionar com outras pessoas" (E 54); *"Onde vivo. Se precisar, tenho o apoio dos meus filhos"* (E 57);

"Na casa que é minha. O filho casou e ficou a viver em casa...eu não poderia viver sozinho" (E105).

Os que apontam **mudança de local,** fazem afirmações pouco convincentes da sua escolha, algumas vezes choram e referem não gostar de falar desse assunto, ou, então, querem deixar essa resolução para mais tarde, deixando o acaso (ou destino) decidir.
Conseguimos, aqui, identificar quatro unidades temáticas e respectivas categorias:

- **Instituição geriátrica:**
  - ☛ Ausência de cuidados no domicílio
  - ☛ Viver só
- **Casa de familiares:**
  - ☛ Presença dos filhos
  - ☛ Presença de outros familiares
- **"Famílias de acolhimento":**
  - ☛ Viver só
- **Não tem preferência:**
  - ☛ Resignação

As razões evocadas pelos idosos ajudaram-nos a relacionar e a justificar as categorias e sub-categorias do quadro nº. 14.
Eis algumas frases verbalizadas que ilustram esta análise:

Instituição geriátrica

"Quando a mãe não puder fazer as coisas... terá de ir para um lar" (E 231).
"...Assim tenho os cuidados e carinho da minha filha" (E 252).
"Como não tenho ninguém...terei de ir para a caridade" (E 359).
"O lar é uma hipótese...não quero criar atritos ao filho..." (E 7).
"...Em último caso...vou para a Caridade" (E 16).
" ...Um dia terei de ir para um lar. Prefiro isso... do que ser tratada em casa por estranhos" (E 363).
"Na Caridade...quando não puder viver na minha casa" (E 227).
"Mais tarde ou mais cedo...temos de ir para um lar" (E 256).

"...Não quero dar trabalho a ninguém...prefiro ir para um lar, se isso acontecer" (E 366).

"Gostava de ir para um lar e ser bem tratado. Estou cheio de viver aqui..." (E 381).

Casa de familiares

"Tive de me deslocar para a casa da filha...quero viver junto dos meus" (E 34).

"Quero ficar na casa da minha filha...se acamar quero viver sempre com ela" (E 41).

"Se precisar...tenho a apoio dos filhos" (E 57).

"Famílias de acolhimento":

"Nunca soube fazer nada em casa...não conseguia viver sozinho...não tenho filhos" (E 1).

"...Não podia viver só" (E 361).

"Onde viva em comunidade..." (E 251).

Não tem preferência

"Nunca quisemos casar, eu e a minha irmã...não temos quem nos deite a mão. Um dia terei de sair daqui...o que nos vale, são os vizinhos" (E 303).

"Tanto saio como fico...quero que me tratem bem" (E 38).

"Viver numa casa nova...ou num apartamento...ou mesmo num lar...quando já não puder" (E 391).

"Onde me tratem bem. Se me levarem para um lar...só queria ser bem tratado..." (E 399).

"No paraíso! Queria viver onde cuidassem bem de mim..." (E 405); (E 453).

"Nunca pensei nisso..." (E 423).

"Em todo o lado...desde que não chateie ninguém..." (E 432).

"Onde Deus quiser e onde precisarem de mim" (E 498).

Quadro nº. 14 – "*Outro local*" onde gostaria de viver no futuro

Unidade Temática	Categorias	Subcategorias
Instituição geriátrica	. Ausência de cuidados no domicílio	. Desejo de ser bem tratado . Ausência de cuidadores no domicílio
Casa de familiares	. Viver só . Presença dos filhos . Presença de outros familiares	. Não sobrecarregar os filhos . Desejo de ser cuidado por familiares . Dever dos filhos . Inadaptação a pessoas estranhas
"Famílias acolhimento"	. Viver só	. Satisfação das necessidades . Apoio afectivo/relacional
Não tem preferência	. Resignação	. Importância dos cuidados e não do local . Carência nas relações afectivas/relacionais

As razões evocadas ajudaram-nos a atribuir as sub-categorias, embora, com pouca clareza nos juízos que fazíamos às expressões verbalizadas, por alguma inibição que encontramos na forma de o idoso se exprimir, quando algum familiar estava próximo.

→ Percepção do idoso (e/ou cuidador) sobre os cuidados que necessita

O corpus de análise neste âmbito situou-se, apenas, nos indivíduos com algum nível de dependência de cuidados, que na nossa amostra correspondeu a 13,8% (n=69) idosos. Destes, 81,2% (n=56) necessitam de atendimento de necessidades humanas básicas. 17,4% (n=12) precisam de cuidados instrumentais de vida diária. 1,4% (n=1) indivíduos eram atendidos em cuidados de enfermagem.

Considerados os parâmetros da Escala de Barthel que avaliam a capacidade funcional do indivíduo para actividades de vida com autonomia, encontramos 14,8% (n=74) com necessidade de algum cuidador, sendo 5,8% (n=29) com grave dependência e 1,4% (n=7) com dependência total ou grau IV.

Os **projectos de protocolo/parceria**, que encontramos no nosso estudo (n=14) limitam-se ao atendimento de algumas necessidades básicas e instrumentais de vida diária, como nos foi informado pelo idoso ou seu familiar. Essas informações permitiram-nos focalizar as actividades das parcerias para:

-Alimentação

-Cuidados de higiene e conforto

-Higiene da habitação

Algumas afirmações e, a nossa observação, ilustraram esta análise:

"Trazem a comida perto das 12 horas. Dá para o almoço e jantar...Não podem fazer companhia, porque as meninas andam sempre a correr". (E11).

Passa o dia sentada junto da janela que dá para a rua. Aí passa o dia, conversando com alguém conhecido que por aí passe.

"Uma funcionária vai cuidar-lhe da casa e roupas e leva-lhe o jantar... a higiene fazem-lha no Centro de Dia. Nos fins-de-semana e feriados é um pouco mais difícil, mas tem vizinhos que ajudam. Prefere estar assim, na sua casa, do que ir para o lar. Vão duas vezes por dia a casa dele... prestar cuidados de higiene à casa. Usa fralda" (E 27).

"Cuidam-lhe da casa...vive com o marido, mas ele não consegue fazer nada...comprou uma cama articulada porque não consegue mexer-se..." (E 60).

Parece não haver falta de recursos económicos, mas sim, de apoio efectivo nas limitações que o casal apresenta e de um plano de cuidados participativo, que vá de encontro aos seus desejos e aspirações.

" O serviço social vem cá ... trazem a comida, dão um arranjo à casa e levam as roupas para lavar".

Desloca-se com ajuda de andarilho. Vive com o marido que não passa muito tempo em casa. *"Aborrece-se de não poder ajudar-me..."*. Aspecto sujo da habitação e das pessoas.

Cruzamo-nos com a jovem que vai a casa levar a comida e *"dar uma ajuda"*. Pareceu indiferente à nossa presença e, questionada sobre se **gostava de cuidar de idosos,** respondeu que *"...é um trabalho como outro qualquer..."* (E 83).

"Benefício da alimentação de um grupo assistencial, fornecida ao almoço para o dia todo" (E 118). É uma idosa que vive só, caminha cambaleante, com ajuda de bengala e apoiando-se nos móveis ou paredes. É visitada, algumas vezes por uma irmã de 82 anos que vive no Porto e se lamenta por não poder fazer alguma coisa pela idosa.

Estava uma senhora e um jovem a prestar cuidados de higiene. Segundo a irmã da idosa, *"de vez em quando desloca-se a equipe de Médica, Assistente Social e Enfermeira"* (E 183).

Segundo nos foi possível perceber esta idosa está incluída num programa ADI (Atendimento Domiciliário Integrado).

"Tenho muito gasto com fraldas e com os remédios...A minha reforma não chega" (E 216).

A senhora estava bem cuidada e por referência da mesma é atendida por uma equipa ADI.

Apesar de várias tentativas, não foi possível falarmos com ninguém que presta cuidados.

"Vive só, está acamada, e é cuidada por ADI"... Já uma vez "as meninas" chamaram os enfermeiros do centro para verem uma "ferida nas costas". Vieram passados dois dias. Fizeram penso e ensinaram as meninas a tratar. Nunca mais vieram"

"Já vierem enfermeiros fazer-lhe um penso de escara...porque uma menina que vem fazer cuidados de higiene chamou". Referências feitas por uma senhora que estava a cuidá-la e que disse ser voluntária.

A idosa parecia muito contente, conversadora e com muita vontade de viver. Referiu-nos que *"...o que me vale é esta alma caridosa"* (E 220).

Levam-lhe comida uma vez por dia do Centro Social e Paroquial. Ainda caminha, mas com alguma dificuldade. Nunca chamou os serviços de saúde a casa. Se precisa de alguma coisa, pede ajuda a um vizinho que a leve ao hospital. *"Há sempre um vizinho amigo"* (E 293).

"Vivo com muita tristeza os dias uns atrás dos outros, sem poder sair daqui. É triste...O que será de nós?...Queremos morrer aqui!" (E 299). Levam-lhe comida do Centro Social. O idoso vive com a esposa acamada, uma filha e neta. São estas que cuidam dos dois. Durante o dia, não pode sair de casa para não deixar a esposa sozinha, porque a filha e neta trabalham. Manifestou o medo de que a filha se canse deles, ou ele possa acamar também. Mesmo com estas carências e receios não quer sair da sua casa, nem quer que tirem a esposa para um lar.

Vêm trazer a comida do Centro Social e Paroquial. A senhora caminha com andarilho. Mal pode cuidar da sua higiene e da limpeza da habitação.
Não conseguimos falar com quem lhe leva a refeição. (E 332)

Os programas designados por ADI ou ADII são constituídos por redes (institucionais, sectoriais e disciplinares) destinadas à cobertura/resposta das necessidades da pessoa idosa ou do cidadão com deficiência. Integram várias entidades que definem o seu papel e o seu contributo na parceria.
O **atendimento domiciliário integrado**, nas situações encontradas, é também uma das preocupações. Não articula com as instituições de saúde, deixando a descoberto a promoção, prevenção e resolução dos problemas de saúde: identificação, encaminhamento, resolução, avaliação e reintegração do idoso na família e comunidade.
Da observação feita e das referências que colhemos, a intervenção de enfermagem pareceu ser insuficiente para as necessidades de cuidados encontradas. Algumas afirmações levaram-nos a concluir que:

- O recurso aos cuidados de saúde domiciliários tem sido negado:
"...foi difícil! Só depois de muita insistência" (E 17);
"Não vieram... nem médico nem enfermeiro..." (E21);
"Fui ao Centro pedir que viesse cá um médico. Responderam-me que a levasse ao SAP até às 20 horas" (E118).
Esta utente idosa reside na freguesia de Monserrate , a cerca de 500 metros do centro de saúde.

- Os cuidados de enfermagem domiciliários têm de ser indicados (autorizados) pelo médico:

"...só vêm quando o médico manda" (E 4);
"O médico vem a casa. O enfermeiro só se o médico mandar..." (E 41);
"...a enfermeira não vem a casa" (E 51)
"Os enfermeiros só vão a casa quando o médico escreve" (E 118);

Pareceu-nos, também, que estas ocorrências, com as quais lidamos no âmbito desta investigação, se assemelhavam a outras que, no trabalho de campo, tivemos oportunidade de conhecer e que retratam as insuficiências de recursos de saúde e sociais. Damos disso alguns exemplos:

- Idosa com 73 anos, vive com o filho mais velho, doente, acamado há mais ou menos 10 anos. É diabética, amputada ao membro inferior direito, imobilizada na cama desde o último internamento. Beneficia de ADI, com distribuição de alimentação quatro vezes por dia, serviço de higiene pessoal e habitacional e limpeza de roupas.
- Os cuidados de saúde limitavam-se a duas V.D. (Visitas Domiciliárias) por semana para *"tratamento"*. Confirmamos a afirmação no Centro de Saúde, com a enfermeira responsável de cuidados a idosos. Segundo esta fonte, era uma directiva da chefia de enfermagem, pela falta de recursos de pessoal no período de verão. Decorridos quinze dias, esta idosa foi encaminhada para o hospital, com úlceras em todas as zonas de pressão, pelas ajudantes domiciliárias que prestavam os cuidados de higiene e conforto. *"Estava com muita febre...e com muitas chagas"*, referiram-nos.
- Os cuidados de enfermagem domiciliários, de acordo com a informação obtida no Centro de Saúde (e por informação familiar dos dois idosos com VD), eram programados uma vez por semana, para tratamento de úlceras de pressão. Numa utente idosa com algaliação, vinham quando solicitados. Não foi possível a observação.
- Observamos cuidados de higiene e conforto a 3 (três) idosos acamados, executados por uma equipa de ADI e de entrega de refeições em vários domicílios de idosos. A alimentação era entregue em recipientes fechados e uma vez por dia.
- Higiene e limpeza da habitação não foram observadas ainda que tivéssemos comparecido nos horários indicados pelos idosos em que, habitualmente, tais tarefas aconteciam.
- Um dos idosos, integrado em *"família de acolhimento"* situava-nos a dificuldade de viver só, motivo pelo qual recorreu à Segurança Social: *"nunca soube fazer nada em casa...não podia viver só"* (E 1).

- Outros referem a necessidade de companhia e ajuda nas actividades de vida diária: *"Companhia não me podem fazer...andam sempre a correr"* (E 11); *"...necessito de cuidados de higiene, de mobilização/actividade física e vigilância"* (E 26); *"Necessito de tudo..."* (E 82); *"Todos os cuidados de manutenção de vida"* (E 138).
- Alguns relacionam os cuidados com as necessidades humanas básicas referindo- se, também, às de nível mais elevado de satisfação e realização:

"Cuidados ...orientação, apoio, carinho..." (E 171);
"Orientação e apoio..." (E 193);
"Apoio e companhia..." (E 252).

- Ainda que, com maior referência, haja apelo às necessidades de manutenção de vida, pelas limitações físicas presentes, também é significativa a chamada de atenção para **necessidades afectivas, de reconhecimento e de segurança.**

→ Satisfação do idoso face à ajuda proporcionada e forma como é realizada

A esta pergunta responderam apenas os indivíduos com alguma dependência de cuidados e que conseguiram expressar o seu grau de satisfação. O corpus de análise situou-se na obtenção de 62 respostas.

Foi uma das questões de maior dificuldade e de nebulosidade nas respostas. Os idosos falavam abertamente quando estavam sozinhos, mas se algum familiar e/ou cuidador se aproximava, sentia-se que alguma coisa os inibia de exprimirem as suas preocupações.

Quadro nº15 - Satisfação do idoso face à ajuda proporcionada e forma como é realizada (n=69)

Parâmetros	*Frequência*	*%*
Sente-se bem	61	90,3
Não gosta muito	1	1,4
Não responde	7*	8,3
Total	**69**	**100.0**

* Não responderam por incapacidade para tal

→Percepção relativa ás maiores preocupações do idoso

As dimensões que identificam o bem-estar psicológico são muito variadas e passam, também, pela apreciação das emoções positivas/negativas. Questionar *"que mais o preocupa"* procurou percepcionar o que existia de constrangedor no pensamento do indivíduo, originando angústia, dúvida, incerteza ou inquietação, que não permitia vida de qualidade. A ansiedade, o stress e qualquer outro mal-estar psicológico das pessoas idosas é, muitas vezes, originado por preocupações que deveriam ser identificadas para se poder prestar assistência com cuidados de qualidade.

A evolução processa-se a ritmo demasiado acelerado em redor dos idosos, condicionando e dificultando o seu poder de adaptação. Já não ocupam o lugar do passado na sociedade; *"envelhecer na cidade é arriscar-se a acabar os seus dias cada vez mais só"* (Vallier, 1985, p.40); aumentam os problemas relativos à saúde, à subsistência económica, à segurança; as alterações e modificações da estrutura familiar; as modificações operadas pelo processo de senescência. As pessoas que hoje têm sessenta ou mais anos assistiram (e contribuíram com o seu esforço e trabalho, por vezes, mal remunerado, horários prolongados, sem subsídios sociais ou de desemprego), ao crescimento de algumas empresas que, ainda hoje, são sustentáculo económico e de desenvolvimento do nosso distrito e, também, do país. Trabalharam muito, arruinaram a sua saúde, ultrapassaram as dificuldades e carências da I e II Guerra Mundiais, a rigidez de um regime político constrangedor e opressivo durante três quartos de século, os problemas da emigração, os horrores da Guerra do Ultramar que lhes roubou os filhos. A população idosa de hoje atravessa as dificuldades de adaptação de uma sociedade em acelerada mudança que, parece ter esquecido o seu contributo no passado para o desenvolvimento e crescimento do país.

Este amontoado de problemas que relembramos (porque relatados por alguns), têm reflexos na saúde do indivíduo, cuja solução passa, algumas vezes, por uma atitude e comportamento positivo perante a vida. Na verdade, muitas das situações que observamos, levam-nos a acreditar que os idosos são resignados, sem grandes aspirações e que *"...o nível das ambições é, muitas vezes, superado pelo desejo de tranquilidade"* (ibidem,1985, p. 210).

Da análise efectuada sobre ***"as maiores preocupações"*** emergiram as seguintes unidades temáticas e categorias:

- **Saúde/doença futura:**
  - Aparecimento de doença grave /incapacitante
  - Sofrimento
  - Privatização do serviço nacional de saúde
  - Dificuldades económicas
- **Situações relacionadas com a senectude ou decrepitude**
  - Isolamento social
  - Viver só
  - Não poder trabalhar/ganhar
  - Perder fontes de prazer
  - Possibilidade de necessitar de cuidados
  - Possibilidade de necessitar de residência
- **A morte**
  - Do próprio
  - Do cônjuge/companheiro
- **Preocupação com os outros**
  - Não sobrecarregar
  - Colaborar/ajudar os filhos
- **Sem preocupações**
  - **F**uturo assegurado
  - Viver o presente
  - Resignação com a vida

O quadro n.º16 sintetiza-as, agrupando unidades temáticas, categorias e sub-categorias.

Quadro n.º16 – Maiores preocupações dos idosos em estudo (n=499)

Área temática : Maiores Preocupações		
Unidade Temática	**Categorias**	**Sub-Categorias**
- Saúde / doença futura	. Aparecimento de doença grave / incapacitante	. Limitação / incapacidade / imobilidade . Dependência . Ausência e suporte social / saúde . Razões económicas . Progressão de doenças existentes . Incapacidade . Limitação visual sem resposta e permanente . Surgimento de novas doenças
	. Sofrimento	. Limitação / incapacidade mental . Medo da dor
	. Privatização do SNS	. Incerteza / dúvida . Desconfiança
	. Dificuldades económicas	. Recorrer a médicos . Comprar os remédios
- Situações decorrentes do processo de senectude	. Isolamento social	. Limitações físicas . Limitações sociais . Luto . Falta de ocupação
	. Viver só	. Medo da morte só (isolado) . Medo da noite . Medo de adoecer . Receio da falta de cuidados
	. Não poder trabalhar/ganhar	. Incapacidade para ser sempre activo . Dificuldade em ser útil . Progressiva perda de actividade . Dificuldades económicas
	. Perder fontes de prazer	. Deixar o que gostava de fazer
	. Possibilidade de necessitar de cuidados	. Fadiga do cuidador . Condições de espaço físico . Razões económicas . Ageísmo . Receio de não ser bem cuidado
	. Possibilidade de necessitar de mudar de residência	. Receio de institucionalização em lar . Receio de institucionalização em asilo . Receio de institucionalização em hospital . Mudança para casa de familiares . Obrigatoriedade de abandonar a casa.
- Morte	. Do próprio	. Medo do desconhecido . Morte com sofrimento . Desejo de afastar a morte
	. Do cônjuge/companheiro	. Razões de sobrevivência . Perda afectiva/relacional

As expressões que ouvimos e recolhemos dos idosos exprimem as diversas sub-categorias que completaram a nossa análise.

☛Aparecimento de doença grave /incapacitante:

"O sofrimento...algo que me tire as capacidades mentais" (E 55);

"Uma doença grave... ficar muito limitado por doença..." (E 58);

"Um dia ficar inconsciente...não poder dizer o que precisa" (E 106);

"Ficar inconsciente e imobilizado...é preferível morrer..." (E 136).

☛Sofrimento:

"...Sofrer muito...a assistência que temos é muito má" (E 65);

"...Peço a Deus para não sofrer" (E 68);

"...doença grave...muitas dores...sobrecarregar a minha mulher..." (E 81).

☛Privatização do serviço nacional de saúde:

"A que levará o serviço nacional de saúde?..." (E 7).

☛Dificuldades económicas:

"O que será de mim e do meu marido...a reforma não chega para comprar os medicamentos" (E 20);

"As dificuldades económicas que dificultem atender a doenças graves" (E 81).

☛Isolamento social:

"Não poder andar, descer as escadas e sair" (E 118);

"...O problema é quando surge doença...e não podemos andar...sair de casa" (E 203);

"O fim da vida...estamos os dois sozinhos" (E195).

☛Viver só:

"Traz muita tristeza por viver só..." (E 11);

"Viver só é uma infelicidade" (E 72);

☛Não poder trabalhar/ganhar:

"Não ter força...desfaleço a cada dia que passa. Não tenho força para fazer nada"(E 145);

"...não quero parar nem sobrecarregar ninguém" (E 151);

"Ficar sem força, gostava de fazer tudo..." (E 170).

☛Perder fontes de prazer:

"Deixar de trabalhar e poder sair para ver os amigos" (E 219);

"Ficar parado e imobilizado...deixar de sair, ver os amigos..." (E 312);

"A saúde! Já não me deixa fazer o que queria..." (E 415).

☛Possibilidade de necessitar de cuidados:

"Quem vai cuidar de mim?" (E 2); (E 10);

"Como será o fim?...os filhos têm a vida deles" (E 9);

"O fim da vida...não sabemos ao que iremos chegar" (E 327);

"Doenças e a falta de resposta rápida dos cuidados de saúde" (E 403);

"Gostava de ter alguém para dar um copo de chá..." (E 455);

"Que me levem para algum lado...mesmo que seja para o hospital" (E 490).

☛Possibilidade de necessitar de residência:

"Se um dia me vão retirar de casa" (E 40);

" Se um dia terei de ser internada por alguma doença..." (E 54);

"Ter de sair de casa..." (E 200);

"Andamos ao empurrão de todos..." (E 201);

"Viver sozinha...não tenho ninguém a quem recorrer" (E 220);

"Não quero ir para um asilo..." (266);

"Tenho medo que me mandem para um lar..." (E 274).

☛Morte do próprio:

"A morte...e os últimos anos da vida" (E 309); (E 311);

"A morte...ninguém sabe como vai ser..." (E 319);

"Tenho medo de morrer sozinha" (E 345); (E 350);

"A morte...queria que fosse uma horinha boa" (E360).

☛Morte do cônjuge/companheiro

"Se a mulher morre que será de mim..." (E 463);

"Queria ir à frente da minha mulher..." (E486).

Ressaltam, muitas preocupações com **ele** próprio, mas, também, com os **outros.**

a) Com o próprio

-Ficar limitado/incapacitado era, talvez, a categoria que mais verbalizavam:

"*...não poder andar...e sair...*" (E 218);

"*...não poder pedir o que precisa...*" (E 72);

"*..precisar de ajuda...não ter ninguém par me dar um copo de chá*" (E 455);

"*...receio de vir acamar... como aconteceu com o marido*" (E 168);

"*..ficar imobilizado e inconsciente...é preferível morrer*" (E 339);

"*...o que será de mim sozinha?*" (E 239).

-**Tornar-se um peso**, percebido por expressões como:

"*...não quero dar muito trabalho...*" (E15); (E19); (E49); (E 122); (E 383);

"*...ninguém gosta de ter um peso em casa...*" (E172).

-**Sentimento de tristeza,** que exprimiam assim:

"*...ser velho é muito triste*" (E 469);

"*...tenho muita tristeza por estar só...*" (E11); (E 261);

"*...andar ao empurrão de todos...*"(E 201).

b) Com os outros:

- Preocupação em não dar trabalho/sobrecarregar familiares ou outras pessoas:

"*...não quero dar muito trabalho à minha filha*" (E 97); (E178);

"*...não quero sobrecarregar a minha irmã...*" (E247);

"*...se hei-de dar trabalho...que o Senhor me leve*" (E255).

- Preocupação em colaborar/ajudar os filhos nas actividades de vida doméstica, sobretudo filhos homens, que não estão preparados para essas lides, não têm quem cuide deles porque ainda estão solteiros:

"*...tenho dois filhos solteiros...não sabem fazer nada de casa...*" (E16);

"*...três filhos solteiros... que não têm quem cuide deles*" (E281);

"*...um filho solteiro...qual será o fim dele?*" (E31);

"*...filho divorciado...sem emprego*" (E50).

- **As filhas** parecem originar outro tipo de preocupação, sobretudo de **segurança afectiva e económico-financeira**:

"*...gostava de poder trabalhar...ajudar a minha filha... o meu genro dá-lhe maus-tratos*" (E233);

"*...emprego precário da filha...*" (E443).

- **Impossibilidade de atender filhos deficientes**, agravado pela preocupação de os desamparar na vida:

"*...quem cuidará da minha filha deficiente?...sempre me teve só a mim...*" (E42); (E478); "*...que será do meu filho deficiente sem apoios...que será dele quando os pais morrerem?*" (E462);

"*...filho toxicodependente...*" (E391).

- Era notória, também, **alguma preocupação com os netos**, sobretudo aqueles que ajudaram a criar, na ausência dos filhos emigrados, ou que conviviam no dia-a-dia na casa dos avós: *"...futuro dos netos...neste mundo tão conturbado..."* (E125);
"...os meus netos... no mundo em que estão a ser criados" (E103);
"...o meu neto toxicodependente" (E310).

- Preocupação com o cônjuge/companheiro:

"...não poder cuidar do marido e de mim" (E83);
"... o futuro...meu e da minha companheira" (E96); (E163);
"...se eu fico limitada...o meu marido precisa de alguém que o ajude" (E159);
"...quando deixar de trabalhar... que será de nós?" (E447).

c) Sem preocupações

Na tentativa de melhor entendermos o porquê de **"sem preocupações"** e no sentido da fiabilidade e credibilidade dos discursos, procuramos as afirmações que nos ajudavam a situar algumas subcategorias:

- Não pensam no futuro
- O futuro assegurado
- Viver o presente.

Para explicar esta interpretação registamos algumas expressões que nos conduziram neste sentido:

Alguns idosos afirmam não terem preocupações porque **não pensam no futuro**:
"...vivo o dia-a-dia..." (E47);
"...quero viver um dia de cada vez..." (E134);
"...é melhor não ter preocupações..." (E484).

O futuro está assegurado, quando alguns afirmavam, ainda que poucos, *"...nada me preocupa...tenho quem cuide de mim"* (E1). Na situação concreta, *"tenho quem cuide de mim"*, dizia apenas respeito às necessidades de manutenção das actividades de vida diária, situação resolvida recentemente após colocação em família de acolhimento. Tratava-se de um indivíduo do sexo masculino, que, após a morte da esposa, se defrontou com problemas de solidão e sem saber cuidar de si próprio e da casa. Resolvidos os seus **maiores problemas** é aceitável a justificação de que *"...nada me preocupa...tenho quem cuide de mim"*, balbuciado com muita emoção.

Viver o presente, que pareciam querer dizer nas afirmações:

"...quero aproveitar bem os dias quefaltam..." (E149);

"...quero que o sol me ilumine todos os dias" (E487).

Resignação com a vida, retratada nas expressões:

"...quero ter saúde e trabalhar...nada mais me preocupa..." (E442); (E444).

Estas afirmações, ouvidas com alguma frequência, e, sem esquecermos os contextos observados em cada situação, permitiram-nos afirmar que os idosos viviam os problemas do dia-a-dia, sem exigência perante a sociedade, sem o consumismo de cuidados e de gastos económicos que, por vezes, se lhes atribui.

→ *Resposta dos cuidados de enfermagem domiciliários*

Cuidar em enfermagem é arquitectar uma construção específica – **plano de cuidados** – para cada indivíduo, em cada situação, elaborada por quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos situacionais.

A prestação de cuidados ao domicílio deve constituir a **actividade de enfermagem** por excelência, uma vez que é desenvolvida junto das famílias e das pessoas, percepcionando as suas necessidades, promovendo, tratando, reabilitando, com vista a restituir uma melhor qualidade de vida à população. A análise das suas necessidades, preocupações e interesses, torna-se mais fácil conhecendo-se o verdadeiro ambiente. Permite, também, a aproximação de técnicos e dos serviços de saúde com a sociedade, através do conhecimento do ambiente físico e social do lar, das condições sanitárias da habitação, relações objectivas dos membros da família, elementos relevantes para a decisão dos cuidados.

A Visita Domiciliária (VD) continua a ser a maneira mais tradicional (e cada vez mais actual) de proporcionar cuidados ao indivíduo dentro do seu contexto real de vida.

São os enfermeiros o grupo profissional mais vocacionado para os cuidados continuados aos grupos de risco e/ou mais desfavorecidos. Ao questionar *"se alguma vez chamou o enfermeiro a casa"* as respostas não surpreenderam: 88,8% (n=443) nunca chamou e 11,2% (n=56) chamou.

Receberam cuidados em tempo útil (vieram num prazo de 24 horas após solicitação), 58,9% (n=33) e o enfermeiro **não veio** em 41,1% (n=23).

Os *"motivos pelos quais chamaram o enfermeiro a casa"* resumem-se ao quadro nº. 17.

Quadro n.º17 - Motivos referidos pelos idosos para chamarem o enfermeiro a casa

Motivos	Frequência	%
Cuidados ao próprio	25	44,6
Cuidados a familiares	21	37,5
Injectáveis	7	12,5
Pensos	3	5,4
Total	56	100,0

Foi-nos possível perceber que "*os pensos*" se destinavam a úlceras de pressão, cuja exigência de observação e tratamento não pode ser descorada, bem como os cuidados de mobilidade, que nesses utentes têm uma acuidade redobrada, se pretendermos melhorar a sua qualidade de vida.

Se os contactos dos enfermeiros nos domicílios e noutras saídas para a comunidade – escolas, locais de trabalho – fossem mais assíduos, permitiriam observar, diagnosticar problemas, educar, intervir com cuidados de enfermagem, visando a promoção da saúde, favorecendo o crescimento e desenvolvimento da comunidade, ou prevenindo o agravamento de situações de doença que, no idoso, pode ser muito grave.

De salientar, ainda, algumas respostas dadas pelos inquiridos e que nos levam a compreender a razão porque chamavam tão poucas vezes o enfermeiro a casa. Eis alguns exemplos:

"*...Sei que não vêm...a não ser quando o médico manda*" (E 4);

" *Foi difícil ...foi preciso muita insistência*" (E 17);

" *A enfermeira não vem a casa*" (E 51);

" *Enfermeiro para vir a casa...só vêm a pagar*" (E 63); (E 69); (E 83);

"*...sabem que não adianta chamar. Muita demora e, por vezes, não vêm*" (E 82);

"*...os enfermeiros não gostam de ir a casa... do Centro de Saúde não querem vir*" (E110); "*...não adianta chamarem o Centro de Saúde para irem a casa*" (E125);

" *...nunca chamou...a casa, ninguém gosta de vir*" E165;

" *Ninguém quer ir a casa do doente...nem médico, nem enfermeiro*" E 230;

"*...nunca chamou porque acha que não vale a pena*" E 204;

"*...disseram que não podiam ir sem autorização médica*" E 362;

" *Chamaram para cuidados a escaras e injecções. Vieram dali a dois dias... Foi quando lhes apeteceu...* " E 266;

"...não chamei...os enfermeiros não vão a casa" E 367;

" Vêm se o médico manda" E 387;

"...chamaram...mas o enfermeiro não foi. Só pagando..." E 397;

" Vêm com dificuldade...só vêm semanalmente para tratamento de escaras" E 479;

" Os enfermeiros não vão a casa. Só a pagar" E 495.

→ Quando precisa dos serviços de saúde a quem recorre?

As respostas obtidas são pouco esclarecedoras, sobretudo no entendimento que o idoso fazia dos serviços de saúde. Da grande maioria dos idosos entrevistados ouvíamos que:

"...tanto vou ao hospital como ao centro de saúde" (E 47);

"...ao hospital e centro de saúde...mas é uma miséria...se estiver mal, morre mesmo antes de ser atendida" (E 25);

"...centro de saúde e hospital. Não tenho que dizer..." (E 55).

Respostas destas situaram-se em 66,7% (n=333), como se pode verificar no quadro nº. 18.

Estas e outras afirmações levaram-nos a reflectir que não existe um conhecimento, por parte deste grupo, que o leve a fazer uma selecção adequada na procura dos serviços de saúde. Pareceu ser indiferente se recorre a uma unidade de saúde de cuidados de saúde primários ou diferenciados, podendo pautar-se, apenas, pela forma como são atendidos. Uns referem-se às instituições públicas, ou do SNS, com referências positivas e outros com afirmações mais negativas. Eis alguns relatos que confirmaram a nossa apreciação:

"O hospital é uma desgraça..." (E243);

"O centro de saúde não vale nada..." (E316);

"Procuro o centro de saúde e o hospital...Gosto muito do meu médico de família" (E 112);

"Procuro mais a urgência do hospital que o centro de saúde..." (E115);

"...ao centro de saúde e hospital. Não tenho recursos para mais..." (E 189).

Quadro n.º18 - Serviços de saúde a que recorrem os idosos, em número e percentagem (n=449)

	Frequência	%
Centro de Saúde	28	5,6
Hospital	20	4,0
Centro de Saúde e Hospital	333	66,7
Serviço privado	31	6,2
SNS e Serviço privado	78	15,6
Sub.sistema de saúde	9	1,8
Total	**499**	**100,0**

Salienta-se, ainda que muitos dos idosos e seus familiares recorrem indiferentemente ao SNS e serviços privados. Situam-se aqui 15,6% (n=78). Uns porque têm amigos ou familiares, profissionais de saúde. Outros por opção e preferência.

→ Percepção sobre a satisfação do prestador de cuidados.

As pessoas que prestavam cuidados foram mais reticentes e escassos nas suas respostas e opiniões, deixando perceber algum receio ou medo de avaliação.

Como referimos anteriormente, pudemos observar cuidados de higiene e conforto a três idosos acamados e de entrega de refeições em oito domicílios. Higiene e limpeza da habitação não foram observadas ainda que tivessemos comparecido nos horários indicados pelos idosos em que, habitualmente, tais tarefas aconteciam.

O pessoal contactado não tem preparação, dedica-se a essa ocupação como voluntário, recebendo em troca a refeição do almoço.

As respostas obtidas referiam satisfação nas tarefas que desenvolviam com os idosos. Uma situação observada foi lacónica na sua resposta: *"fazer este trabalho... é como fazer outro qualquer"*.

Uma cuidadora referiu *"...princípios de caridade/solidariedade para com os outros"*. Não referiu se gostava ou estava satisfeita por ser prestadora de cuidados.
Interligamos a observação do contexto de vida – necessidades percebidas – com alguns discursos que nos relatam necessidades reais.

Quando os cuidados eram prestados por familiares foi notória a insatisfação, o cansaço, a insegurança e a escassez de recursos.

Encontramos algumas situações de grande fragilidade para o idoso e sua família, devidas ao grau de dependência daquele e da razão inversa de respostas em cuidados.

- Idoso a viver com a esposa acamada, uma filha e neta. São estas que suportam os gastos e cuidam dos dois, fora do horário de trabalho. O nosso entrevistado, durante o dia, não podia sair de casa para não deixar a esposa sozinha, porque a filha e neta trabalhavam. *"Vivo com muita tristeza os dias uns atrás dos outros, sem poder sair daqui. É muito triste..."*. Manifestou o medo de que a filha se canse deles, ou ele possa acamar também. *"O que será de nós?"*.

Mesmo com estas carências e receios não quer sair da sua casa, nem quer que tirem a esposa para um lar, como pudemos perceber na afirmação: *"Queremos morrer aqui!"* (E 299).

- Idosa que vivia com duas filhas, uma das quais, portadora de deficiência mental, e a outra casada. O casal não tem filhos. Condições habitacionais muito precárias, mal arejadas e exíguas. O genro suporta os encargos da casa e cuida de tudo. A idosa sofre de problemas respiratórios, necessitando de O2 e nebulizações frequentes. Tem uma garrafa de O2 junto da cama, para quando precisa (E 364).

- Idoso que vivia com a esposa e filho de 49anos deficiente. A preocupação maior é o filho que, por vezes, se torna agressivo com a mãe. *"O que será dele quando eu morrer?"*. *"Se eu for primeiro, o que vai ser dos dois?"*. *"Se morrer a minha mulher, eu não sei fazer nada. Que será de mim e do filho? Quem cuidará de nós?"*. Eram questões sem resposta! ....

Já precisaram de enfermeiro para cuidados ao filho e tiveram de pagar. Do centro de saúde não foram. *"Torna-se complicado levá-lo lá"* (E 380).

- Idoso em estado confusional. Era cuidado pela esposa. Percebemos alguma saturação, por parte desta, que não respondeu à pergunta **"se está satisfeita por prestar cuidados ao marido".** Por vezes era apoiada pelo Centro de Dia, levavam o marido na cadeira de rodas para o centro e ela podia descansar e sair (E 397).

- Idosa demenciada, muito ansiosa e agitada, perturbadora do sossego familiar. O filho e neto trabalhavam ao lado da casa numa carpintaria da família. Vigiavam a senhora, que se desorientava e fugia de casa.

Estavam saturados da situação, como se verificou pela afirmação do filho: *"estamos a entrar em ruptura"*.

Não a levavam para um lar, porque sabiam que ela sempre recusou.

Solicitavam outro tipo de apoio, que lhes permitisse algum descanso e lhes permitisse trabalhar, *"porque os recursos económicos são poucos"* (E 402).

- Idosa preocupada com doença de Alhzeimer do marido. Sentia-se cansada pelos cuidados que ele exigia e precisava. Era visitada por filhos e netos, mas sem grande ajuda destes, porque estudavam e trabalhavam. Queixava-se da falta de apoio de estruturas e dos serviços do Centro de Saúde: *"O médico não vem a casa"*. *"Os enfermeiros vêem fazer pensos e dar injectáveis, mas não vêem ao fim de semana"*. O marido estava algaliado. Quando tinha problemas com a algália, tinha de o levar ao CS. *"Não vêem a casa para desobstruir a algália"*. *"É muito difícil levá-lo aos serviços de saúde"*. *"Os serviços não funcionam para ajudar os doentes"* (E 456).

- Idosa acamada com sequelas de AVC. Possuia cama articulada e colchão de pressão alterna, bem como outras ajudas técnicas necessárias ao seu estado de dependência para actividades de vida. Vivia em casa própria partilhada com uma filha casada, genro e netos, no primeiro andar do estabelecimento comercial de que são proprietários. Todos cuidavam da idosa doente, mas a maior responsabilidade era delegada numa neta, com curso profissionalizante para cuidar de crianças e idosos, encontrando-se ainda sem emprego.

Referiram pouco apoio do Centro de Saúde. *"Só vêm fazer penso às escaras duas vezes por semana"* (E 479).

- Idosa com 70 anos era empregada doméstica numa casa de ingleses. Actualmente *"estou de baixa, com uma perna partida. Deram-me seguro"*. Vivia com uma neta. Usava uma canadiana, e era ela que assumia toda a

actividade doméstica para que a neta tivesse tempo de estudar e, um dia *"...me não abandone"* (E 499).

A geração de idosos que encontramos, eram pessoas que viveram situações difíceis pela sua vida fora (fruto das convulsões sociais, políticas e económicas), bem mais difíceis do que as de hoje, e, quiçá, por tudo isso, nos ensinaram, durante este percurso de investigação, valores como a humildade, a moderação, a capacidade de economizar, a racionalização perante o conformismo voraz e a artificialidade instaurada, hoje, na nossa cultura. Estes valores não foram vividos significativamente pela geração mais jovem, criados para uma sociedade de bem-estar e de (sobre) protegidos, cujos pais (população mais velha), procurou dar-lhes aquilo que eles careceram.

2.2 - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS NO CSVC

"O desenvolvimento de competências em cuidados geriátricos baseia-se em princípios e convicções específicos que têm no UTILIZADOR DOS CUIDADOS (o idoso) o núcleo polarizador da dinâmica que as gera no contexto da acção"
M. Arminda M. Costa, 2002

No documento **Saúde em Portugal – uma estratégia para o virar do século** (Ministério da Saúde, 2002) pode ler-se que *"os centros de saúde são os pontos de entrada preferencial no sistema de saúde e devem assegurar a cobertura dos cuidados essenciais a prestar à população, de forma personalizada e continuada, de acordo com as suas características e necessidades"*. Desígnios estes, preconizados com legislação que aponta para modelos organizacionais e de funcionamento, abertos e flexíveis às necessidades dos utentes, visando melhorar o acesso, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde. Uma filosofia de administração da saúde, que nós chamaríamos de "itinerante", indo ao encontro das expectativas do cidadão, adaptando-se, facilitando e oferecendo serviços.

O enfermeiro, como membro da equipa de saúde, encontra-se em situação de privilégio para orientar e executar, algumas das actividades que levam o indivíduo, família e comunidade a viver de forma mais saudável. De acordo com a OMS *"a área mais fértil*

de possibilidades de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis reside, talvez, em políticas e programas que realcem as capacidades de resolução de problemas e de prestação de apoio e de cuidados por parte das famílias e das redes sociais alargadas. Na comunidade deverão existir serviços de apoio com vocação para levar às famílias a ajuda que a sua situação exija"[6]. Porém, o trabalho do enfermeiro é rodeado por demasiadas fragilidades nos contextos de trabalho, nascidas da orientação normativa e estrutural dos serviços locais e centrais, que inibem a sua actuação.

Acreditamos que a VD é uma actividade de enfermagem comprometida por várias forças, nem sempre orientadas no mesmo sentido:

- Crescente envelhecimento populacional, exigência na procura e acesso generalizado aos sistemas de saúde.
- Sociedade mais desenvolvida, mais informação e maior solicitação de tratamento no ambiente domiciliar.
- Escassos recursos que possibilitem uma assistência individualizada e humanizada a cada cidadão.
- Custos acrescidos na exigência e abrangência das respostas às necessidades identificadas.
- Avanços técnicos e científicos da medicina, encurtando o tempo de internamento e orientando a assistência para os cuidados primários de saúde, em que os cuidados continuados se estabelecem no meio sócio familiar e comunitário do utente.

Estas ou outras premissas, que deveriam ser alavancas para o incremento e promoção de melhores cuidados no seio da família e comunidade, acabam por ser comprometedoras de *" (...) uma realidade em que o mandato social dos enfermeiros seja cada vez mais reconhecido como imprescindível e insubstituível, nas respostas às necessidades dos cidadãos em cuidados de enfermagem"*, como afirmava Maria Augusta Sousa num dos desígnios da sua mensagem de candidatura a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros. ***"Melhor enfermagem / melhor saúde"*** será possível se os enfermeiros interiorizarem este apotegma e se forem criadas condições que possibilitem o exercício de cuidados com qualidade a todos os cidadãos.

Os dados que recolhemos permitiram-nos uma apresentação dirigida a três abordagens:

[6] OMS (1985) - *As metas da saúde para todos. Metas da estratégia regional europeia de saúde para todos.* Lisboa: Ministério da Saúde.

- Perfil da equipa de enfermagem
- Áreas preferenciais de actuação dos enfermeiros
- Aspectos organizacionais do Centro de Saúde

→ *Perfil da equipa de enfermagem*

Para prestar cuidados de saúde a esta população citadina, a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários compreendia 29 enfermeiros, coordenados, por um enfermeiro com Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Comunitária.

Para caracterizar a equipa, as questões foram direccionadas para a idade, sexo, estado civil, ano de formação inicial, habilitações e início das actividades profissionais.

Equipa muito jovem, cuja média de idades se situava nos 37,6 anos, com uma amplitude de variação entre 22 e 52 anos, desvio padrão de 10,171. Idade trimodal (24, 27 e 41anos) e mediana de 39 anos. Dezassete dos vinte e nove enfermeiros que integravam a equipa tinham menos de 40 anos.

Destacamos a predominância do sexo feminino com 89,7% (n=26) e os restantes 10,3% (n=3) do sexo masculino. Situação muito comum nos serviços de cuidados de saúde primários.

Do estado civil constatamos que 65,5% (n=19) são casados, 20,7% (n=6) são solteiros e os restantes 13,6% (n=4) distribuídos por outras variantes do estado civil: união de facto, divorciado, separado e viúvo.

Questionados sobre *o **ano de término de formação inicial***, concluiu-se que todos os enfermeiros deste centro de saúde terminaram a sua formação inicial após 1972, situando-se a formação de mais de metade dos elementos já na década de 90 (1991), como se pode verificar pelo quadro n.º 19.

Para evitar a dispersão de anos, facilitar a leitura e uma análise mais cuidada, procuramos agrupar os dados da formação inicial, tendo por base as datas das sucessivas mudanças de planos de estudo. Não sendo mantida a distância de classes, pareceu-nos, no entanto, permitir uma apreciação mais ajustada da formação com as exigências da actividade profissional.

O início de funções é coincidente, em todos, com o ano de término da formação.

Quadro n.º19 – Distribuição dos Enfermeiros do CS de Viana do Castelo, por ano de formação inicial (n=29)

Período	Frequência	%	% Acumulada
De 1972 a 1977	7	24,1	24,1
De 1978 a 1990	6	20,7	44,8
De 1991 a 1999	11	37,9	82,8
De 2000 a 2003	5	17,2	
Total	**29**	**100,0**	**100,0**

Verificamos, ainda, que todos os elementos desta equipa de enfermagem eram bacharéis e que apenas 27,6% (n=8) não tinham nível de licenciatura ou formação equivalente. Registamos, ainda, 3,4% (n=1) com CEE (Curso de Especialidade em Enfermagem) e 13,8% (n=4) que possuíam CESEE (Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem). As áreas de especialização destes profissionais eram as seguintes:

- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
- Enfermagem de Saúde na Comunidade

→ *Áreas preferenciais de actuação dos enfermeiros*

Procuramos, de forma muito sumária, conhecer as áreas preferenciais de actuação dos enfermeiros, inquirindo o ***gosto*** por determinadas actividades, qual a ***preferência*** nos programas de saúde (materna, infantil, juvenil, idosos, etc.), ***frequência*** na realização de actos terapêuticos (pensos, injectáveis, vacinas, etc.), ***importância atribuída à VD***, média de realização desta actividade por semana e quais as ***finalidades*** de concretização da mesma.

As apreciações situam-se nos valores médios dos resultados obtidos, no quadro n.º20, relacionadas com o gosto por desenvolver determinadas necessidades.

Quadro n.º20 – Gosto pelas Actividades de Enfermagem

Distribuição dos valores médios por Actividades em %

Actividades de enfermagem	Gosto Menos	Gosto pouco	Nem muito nem pouco	Gosto	Gosto Muito
Visita Domiciliária	6,9	17,2	17,2	31,0	27,6
Tratamentos, Pensos, Injectáveis	20,7	13,8	10,3	24,1	31,0
Educação para a Saúde em grupo	20,7	6,9	13,8	34,5	24,1
Educação para a Saúde em individual	13,8	10,3	10,3	24,1	41,4
Vacinação e Inoculações	13,8	13,8	20,7	13,8	37,9

Quadro n.º21 – Preferência na realização de Actividades de Enfermagem a grupos

Distribuição dos valores médios por Actividades

Actividades de enfermagem	Menor Preferência	Pouca Preferência	Nem muita nem pouca	Prefere muito	Prefere muitíssimo
Com Recém-Nascidos	17,2	10,3	6,9	17,2	41,4
Com Crianças	6,9	6,9	17,2	24,1	41,4
Com Adolescentes	6,9	20,7	10,3	31,0	27,6
Com Grávidas	17,2	3,4	10,3	20,7	41,4
Com Idosos	10,3	17,2	17,2	17,2	34,5
Com outros grupos	37,9	10,3	3,4	20,7	20,7

Nota: Não responde:

2 (6,9 %) Actividades com RN
1 (3,4 %) Actividades com Crianças
1 (3,4 %) Actividades com Adolescentes
2 (6,9 %) Actividades com Grávidas
1 (3,4 %) Actividades com Idosos
2 (6,9 %) Actividades com Outros Grupos

Quadro n.º22 – Importância Atribuída à Visita Domiciliária

Grau de importância	Frequência	%	% Acumulada
Nenhuma	0	0	0
Pouca	0	0	0
Nem Muita /Nem Pouca	1	3,6	3,6
Muita	16	57,1	60,7
Muitíssima	11	39,3	**100,0**
Total	**28**	**100,0**	

Nota: Não responde 3,4% (n=1).

→***Aspectos organizacionais do centro de saúde***

Constatamos que, apesar dos avanços dos últimos anos, o modelo de intervenção dominante para a prestação de cuidados de saúde continua a dirigir-se para episódios agudos de doença, não respondendo, adequadamente, às necessidades de uma população envelhecida. Essa orientação conduz a internamentos, por vezes, evitáveis, aumenta o aparecimento da dependência e leva ao cansaço e esgotamento da família, que não encontra apoio e respostas ao nível domiciliário. Assim, pudemos concluir que a intervenção localizada no meio domiciliar, próxima do cidadão e sua família, ainda se encontra rodeada de muitas dificuldades, algumas delas, originadas na própria estrutura organizacional dos centros de saúde.

Algumas perguntas do questionário (n.º 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19 e 21) dirigiam-se à percepção dessa dinâmica, tais como: organização funcional, distribuição do plano de trabalho do enfermeiro, determinação/autorização da VD, dificuldades na realização desta actividade de enfermagem, registos e projectos em curso no centro de saúde com envolvimento e participação dos enfermeiros.

Á questão ***como define a organização funcional do Centro de Saúde onde trabalha,*** 41,4% (n=12) respondeu que a organização era por actividades e as restantes 58,6% (n=17) por módulo/equipa. Pareceu-nos que a resposta poderia conter algum enviezamento, pela confusão e não-aceitação desta modalidade de organização por todos os elementos da equipa.

Existiam duas áreas de funcionalidade: Ambulatório e Serviço de Atendimento Permanente. No ambulatório, a assistência orientava-se por programas de saúde a grupos, onde se incluía a saúde de idosos.

Em informação colhida informalmente com o coordenador (e pelas vivências que tivemos na orientação de alunos nesse centro de saúde) os cuidados de enfermagem sempre foram organizados, para o atendimento no ambulatório (dirigidos aos programas de saúde instituídos), para atitudes terapêuticas específicas (pensos, injectáveis, vacinas, etc.), para consultas de enfermagem, ou, canalizados para a comunidade, para visita domiciliária e colaboração em programas de saúde fora da instituição.

Na configuração destas respostas, podemos perceber, que semanalmente são distribuídas responsabilidades a cada enfermeiro. Pareceu-nos haver a pretensão de melhorar a *"estatística assistencial e indicadores de produtividade e eficiência"*,[7] rentabilizando o serviço, mas sem a preocupação de cuidados que respondam às reais necessidades dos utentes. Associando estas questões, poderemos afirmar que existia um misto de formas organizacionais a caracterizar aquele centro de saúde. Nesta visão, o desenvolvimento de cuidados será sempre uma função subalterna, desprovida de valor social, de poder decisional e de autonomia. O exercício de cuidados de enfermagem tem sido (e parece querer manter-se) uma multiplicidade de tarefas que integram práticas de trabalho rotineiras, "actos curativos" muito variados mas desinseridos do contexto antropológico/cultural do ser humano.

À pergunta se a ***organização/distribuição do plano de trabalho do enfermeiro é feita por dia, semana ou mês,*** 86,2% (n=25) das respostas apontam que a distribuição é semanal e 13,8% (n=4) responderam que era por dia.

Como está organizada a VD, 75,9% (n=22) das respostas assinalaram a distribuição em plano de trabalho; 13,8% (n=4) situaram no módulo/equipa; 3,4% (n=1) resposta por área geográfica e 6,9% (n=2) foram anuladas.

[7] Sub. Região de Saúde de Viana do Castelo - *Relatório de Actividades 2002*. Viana do Castelo: Gabinete de Organização e Tratamento de Dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo, Maio/2003, p.105

Como é determinada a necessidade de VD deu para compreendermos que, a grande maioria, 41,4% (n=12) ocorre por indicação do médico; em igualdade de circunstâncias estão o pedido do utente e por iniciativa do enfermeiro com 13,8% (n=4) cada; 3,4% (n=1) apontou outra justificação e 27,6% (n=8) não respondeu. Veja-se o quadro n.º23

Quadro n.º23 – Determinação da Necessidade de Visita Domiciliária

Justificação	Frequência	%	% Acumulada
Pedido do Utente	4	13,8	
Iniciativa do Enfermeiro	4	13,8	27,6
Indicação Médica	12	41,4	69,0
Outra	1	3,4	72,4
Não Responde	8	27,6	100,0
Total	**29**	**100,0**	

Questionados sobre ***uma dificuldade na realização da visita domiciliária***, a indisponibilidade foi referenciada por 44,8% (n=13) enfermeiros; 27,6% (n=8) apontaram a falta de recursos e 10,3% (n=3) referiram problemas organizacionais. Não responderam 17,2% (n=5) dos enfermeiros.

Sabemos, também, que a justificação do custo financeiro das VD tem de passar pela autorização médica, constituindo um entrave à autonomia do enfermeiro. As visitas domiciliárias por indicação do médico destinam-se à continuidade de tratamento, originando quase que exclusivamente a finalidade curativa para as mesmas. *"Em cuidados de enfermagem na comunidade, o número de visitas domiciliárias foi de 40.080, sendo 6.929 (17,29%) destinadas a actividades de promoção e prevenção e 33.151 (82.71%) de actividades curativas"*, como anotamos do Relatório de Actividades 2002 da Sub-Região de Saúde, já antes referenciado.

Sabemos que o tempo de permanência nos hospitais é cada vez menor, pelo que, se justifica repensar estratégias de intervenção próximas da continuidade dos cuidados no domicílio, de forma a contribuir para a concretização das directivas preconizadas pelo PLANO NACIONAL DE SAÙDE 2004/2010 na implementação das Redes de Cuidados Continuados. São medidas políticas e governamentais para ganhos em saúde, objectivados pela rentabilização das instituições do SNS (Serviço Nacional de Saúde); seguem a corrente mais actual de expansão dos serviços de medicina ambulatória ou comunitária, de proximidade ao cidadão, na perspectiva de um melhor entendimento do binómio saúde/doença; procuram satisfazer o nível de acuidade do utente para as

abordagens mais inovadoras em cuidados de saúde e permitem o seu poder decisório e participativo no tratamento.

Os cuidados continuados destinam-se a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos em situação de disfunção física ou psicológica, susceptível de causar a dependência de outrem. Será uma nova realidade para a saúde, para a profissão e para a nossa área de conhecimento. Assim sendo, o objecto dos cuidados de enfermagem é o HOMEM, no seu todo familiar, psicológico, social e não só nos seus aspectos meramente biológicos. *"Cuidar é mais do que um acto; é uma atitude (...) Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afectivo com o outro"* (Boff, 2000, p. 34). Cuidar é proporcionar formas de viver. *"É ajudar a viver"* como afirma Florence Nightingale, daí a importância da proximidade aos contextos de vida/família, um processo que se pretende de desenvolvimento em saúde.

2.3 – INTERVENÇÃO SOCIAL – PROJECTOS DA CIDADE SAUDÁVEL

> *" CIDADE SAUDÁVEL é aquela que, continuamente, cria e aperfeiçoa os ambientes físicos e sociais e alarga os recursos da comunidade de modo a habilitar os cidadãos para, através da cooperação mútua e solidária, desempenharem todas as funções da vida e desenvolverem ao máximo todas as suas capacidades".*
>
> (Promoting Health in the Urban Context, WHO Health Cities Papers, nº1, Copenhague, 1988)

A análise feita contou com a participação de informantes privilegiados e foi complementada com análise documental, da qual se destaca, a legislação portuguesa e comunitária, com especificidades para este grupo etário. No entanto, mais do que fazer a contagem do que existe, pareceu-nos importante relacionar os recursos com os benefícios que os idosos usufruem.

O trabalho que desenvolvemos no sentido de conhecer as necessidades de saúde da população e a pretensão de detectar necessidades **reais,** foi confrontado com a vivência de problemas reais evidenciados no trabalho de campo com a comunidade, tentando dar expressão às necessidades **sentidas** pela população. Só próximo do ser humano se

percebem os aspectos psicossomáticos e psicossociais da vida que afectam a saúde, a doença e a morte.

A saúde e a prestação de cuidados não são hoje, apenas, da responsabilidade dos profissionais. Todos os indivíduos são intervenientes activos e imprescindíveis na promoção de saúde e no desenvolvimento de cuidados quando surge doença. Daí, a necessidade de conhecer os recursos de cada cidadão, da família e da comunidade, para desenvolver competências que potencializem esses recursos em prol da promoção de qualidade de vida, ou na procura de respostas para os problemas de saúde.

A questão dos cuidados ao nível domiciliário vem-se colocando de forma cada vez mais premente, na medida em que o envelhecimento da população, as alterações da estrutura familiar, a emergência de novas patologias e a evolução terapêutica vêm produzindo alterações profundas na procura e na oferta desses serviços.

A Acção Social visa essencialmente a prevenção e a reparação (quando necessário) de situações de carência económica, de dependência, de exclusão ou qualquer vulnerabilidade social que atinge o cidadão. Situamos, aqui, os cidadãos idosos, como grupo prioritário de atendimento, pela grandeza e dimensão do problema, sendo em todos os organismos oficiais relembrado com frequência.

Encontramos muitos recursos vocacionados para os idosos, graças às políticas de saúde e políticas sociais que têm sido divulgadas nos últimos anos, com maior implementação desde 1999 (Ano Internacional do Idoso). O poder central descentralizado, através das autarquias, tem procurado uma aproximação real ao eleitorado, um conhecimento mais profundo das populações, dos seus anseios e desejos. Nessa perspectiva, encontramos grande envolvimento nos centros sociais e centros paroquiais, uns e outros, com programas de atendimento aos grupos mais vulneráveis, nos quais se incluem os idosos. Presidentes de junta e párocos, num trabalho articulado, identificaram as situações problemáticas da freguesia, e têm implementado programas de atendimento para as situações específicas.

Tivemos oportunidade de participar numa reunião do Conselho Local de Acção Social da câmara Municipal de Viana do Castelo, constituída por um responsável de um centro social e paroquial, da acção social da câmara, do Centro Distrital de Solidariedade Segurança Social e por voluntários, onde são discutidas as situações mais problemáticas e repensadas novas estratégias de resolução dos problemas. Foram analisados dois casos, da chamada "pobreza envergonhada", para se apontarem algumas formas de intervenção. Um dos casos, detectado por uma voluntária, procurava soluções para um

casal de idosos, cujo declive económico/social desceu abruptamente, deixando-os sem meios para fazer frente às necessidades primárias, como seja alimentação.

As respostas para os indivíduos outrora "mais favorecidos" e que foram isolados ou "apagados" do ciclo de relações socio-afectivas e comunicacionais são difíceis de operacionalizar, sendo difícil chegar até eles e ajustar a resposta às necessidades sentidas pelos idosos, algumas vezes, não coincidentes com as respostas percebidas pelos técnicos. Fica muitas vezes a dúvida de quais são as necessidades reais.

Os centros sociais, a Santa Casa da Misericórdia e o Centro Social de Nossa Senhora de Fátima fornecem serviços de atendimento às necessidades de:

- Alimentação
- Higiene individual
- Higiene da habitação

Estes serviços são comparticipados pela Segurança Social e pelo idoso ou seu familiar, mesmo nas situações onde se observavam carências e precárias condições sócio-económicas. São executados por pessoal sem preparação específica, alguns remunerados e outros por voluntariado, destinando-se a ocupação dos tempos livres de alguns desempregados e jovens, de carácter altruísta, com caris solidário.

A assistência domiciliária integrada limita-se a estas valências.

Procuramos confirmar a existência de outros serviços prestados à comunidade, em parceria de cuidados englobando saúde e assistência social (ADI coordenada pelo Centro Social de Nossa Senhora de Fátima), não tendo conseguido verificar a envolvência e dimensão do protocolo, uma vez que só pudemos observar a prestação de assistência social. Pela informação do coordenador do projecto, esta parceria prestava serviços 24 horas por dia, cobrindo uma população de 16 idosos, na área das duas freguesias que compõem o coração da cidade: Monserrate e S.ta Maria Maior.

A solidariedade intergeracional foi visível nas quatro freguesias. Os centros sociais e paroquiais desenvolvem actividades com crianças, jovens, idosos e cidadãos com qualquer tipo de deficiência. As carências no mercado de trabalho, com o desemprego a que se assiste, actualmente, têm dinamizado nestes centros diversas actividades. São disso exemplo programas de alfabetização, com integração de idosos, concursos gastronómicos (Os Segredos dos Avós – concurso de gastronomia regional), trabalhos artesanais, entre outros.

Estes espaços têm sido bem aproveitados e desenvolvidos, graças a um esforço bem conjugado entre presidentes de junta e párocos destas freguesias.

As necessidades primárias, denominadas por Maslow de fisiológicas, parecem resolvidas pela intervenção de organismos apoiados por programas sócio/políticos e também por entidades de cariz religioso ou apelando à solidariedade social. As situações económicas/socialmente desfavorecidas estão identificadas e todos os recursos se canalizam para a sua satisfação; no entanto, são referenciadas e identificadas outras do tipo psicossocial:

- Segurança;
- Comunicação;
- Apoio/afecto;
- Estabilidade económica;
- Cuidados na doença.

No âmbito do programa **Cidade Saudável** tem-se verificado, acentuadas melhorias para todos os munícipes, mas, sobretudo para o cidadão idoso, projecto este implementado lentamente, mas, com uma abordagem participativa da população, dos urbanistas e dos políticos.

O "Planeamento Urbano Saudável – planear para as pessoas", com propósitos de uma cidade para todos, para a diversidade, incluiu várias actividades e projectos camarários, dos quais salientámos:

- Melhoria nos transportes, com a inclusão de carros próprios para circular em determinadas artérias da cidade e facilitar deslocações de idosos.
- Programa de Acessibilidades no sentido de formar uma **cidade inclusiva** que promova o direito à cidadania, independentemente das (in)capacidades dos cidadãos. Foram Eliminadas barreiras nos passeios e no acesso a edifícios públicos, corrigidos declives nos pisos das ruas da cidade e colocadas rampas em edifícios públicos que permitem e facilitam a marcha e o acesso a serviços.
- Estratégias económico e sociais abarcando todos os grupos etários, com especial relevo para situações de risco e áreas prioritárias de intervenção. Aqui se situam os projectos de habitação social e implementação de redes sociais.

- Criação de serviços públicos para possibilitar "espaços comunitários e de informação": Gabinete Cidade Saudável, Serviço Social, Centro de Informação Autárquica ao Consumidor, espaços polivalentes, entre outros.
- Projecto de "cultura da idade" numa perspectiva intergeracional *"...abordando a problemática da idade como fenómeno natural e positivo"* (Câmara Municipal de Viana do Castelo, 2004, p. 13). Este projecto em fase de implementação, tem procurado contribuir para uma participação mais activa dos idosos na vida comunitária, nomeadamente nas actividades culturais e de lazer. Integra-se no "Plano de Desenvolvimento em Saúde do Projecto Viana do castelo Cidade Saudável, de acordo com as orientações da OMS para a IV fase do programa da Rede Europeia de Cidades Saudáveis – **ENVELHECER COM QUALIDADE.**

A comunidade idosa é, indiscutivelmente, um recurso valioso no desenvolvimento das cidades, porém, são vários os aspectos que condicionam, ainda, a sua plena participação na vida da cidade. Terá de haver preocupação de posicionar os idosos como um dos grupos prioritários em termos de intervenção, no sentido não só de colmatar as suas necessidades mais imediatas, mas, sobretudo, melhorara a sua qualidade de vida e promover a sua participação activa nos planos social, cultural, intelectual, económico e político.

III PARTE

CONCLUSÕES E CONTRIBUTOS PARA UMA VELHICE BEM SUCEDIDA

"Não é pela força física, nem pela agilidade e rapidez corporal, que as grandes coisas são realizadas, mas, sim, pela resolução, autoridade e juízo, qualidades que existem na idade avançada, mas com a qual, geralmente, ela está até mesmo provida mais abundantemente".

Cícero

Durante esta investigação trilhamos um caminho longo, pautado pela insegurança e incerteza. Porém, o contacto assíduo com pessoas idosas e a preocupação de entendermos e percebermos o mundo dos seus problemas e necessidades, converteram esse percurso em prazer, aprendizagem e realização pessoal.

Na realidade, o idoso tem características muito próprias, com problemas específicas que, pouco ou nada, se ajustam aos modelos de vida (e de cuidados) que lhes procuramos impor. A taxionomia continuamente utilizada pela sociedade, de velho, idoso, ancião, terceira idade e outras, embora relacionadas a processos biológicos, constitui uma construção social e cultural. Ser velho para o estado, ou atingir a idade da reforma *"...pode não ser velho para o trabalho; portanto, não é velho para a família ou comunidade"* (Woortmann, 1999, p.137). Todos os indivíduos percorrem um ciclo de vida que passa pela infância, juventude, idade adulta e velhice, e, a cada um deles, se atribui significados diversos em distintos grupos sociais. Maturidade e velhice não são sinónimos de degradação ou desespero. Ser jovem ou ser velho, é uma categoria que não convive isolada, mas, sim em relação.

Fig. 6 - Dimensão do programa assistencial aos idosos



Existe, todavia, nas sociedades modernas, uma alteração acentuada que é resultante das mudanças sociais e políticas, motivadas pelo aumento do tempo médio de vida à nascença e pela longevidade crescente da população. Esta realidade origina novos contornos nas

estruturas sócio/políticas, pela natureza das reacções biológicas e comportamentais que se vão manifestando em função do tempo de vida. Na realidade, o idoso tem características de individualidade próprias que são fruto das circunstâncias vividas numa história de vida longa e única. E, assim, idealizar ***"Contributos para uma velhice bem sucedida"***, será uma construção complexa, com várias dimensões a integrar.

A figura n.º 6 procurou espelhar o que pretendemos com este trabalho de investigação. Desde 1998 que o poder político definiu uma estratégia de saúde preconizada para o *"...exercício de uma governação horizontal, promovendo a intersectorialidade com outros ministérios e poder local"* (Ministério da Saúde, 1999, p.16), distinguindo três dimensões na realização dessa nova política:

- *"Medidas imediatas ou de curto prazo"*
- *"Mudanças estruturais"*
- *"Instrumentos para a gestão da mudança"*

No desenvolvimento deste trabalho ***"Idosos e dinâmicas de parceria"*** e tendo em conta os objectivos que orientaram a pesquisa, interessamo-nos por analisar e conhecer as dimensões desse programa, na vertente que tem fundamentado as reformas dos sistemas de saúde em todo mundo – o envelhecimento populacional.

A reforma do SNS, o desenvolvimento das entidades estatais do sector social e sector privado, bem como *"A evolução das atitudes e comportamentos em relação à saúde e às organizações de saúde"* (ibidem, p.21) eram as mudanças estruturais que se previam no início do milénio. E, dos instrumentos para a gestão da mudança, várias orientações foram divulgadas, também, das quais se destacam as *"**parcerias** com organizações de solidariedade social, os serviços privados de prestação de cuidados de saúde..."* e a *"**cooperação internacional** que permita tirar o máximo proveito da experiência internacional..."* (ibidem, p.25). São, sem dúvida, estratégias a explorar se pretendemos autonomia e bem-estar para as pessoas idosas que inclua:

- Independência
- Participação
- Cuidados acessíveis
- Crescimento pessoal e de estímulo intelectual e
- Dignidade

São pressupostos que consideramos imprescindíveis para a garantia de vida com qualidade, para o respeito pela identidade própria e para a segurança de cada idoso. Torna-se necessário, então, implementar estratégias de mudança organizacional e criar modelos de articulação que proporcionem uma intervenção mais eficaz e eficiente, rentabilizando, para o efeito, recursos e saberes.

1 – DE NECESSIDADES A RESPOSTAS INTEGRADAS: CONCLUSÕS

> *" Não se consegue ser exaustivo em situação de cuidados. Não se consegue pensar em tudo, trata-se, sim, de aprender a procurar o que adquire sentido e que conduz, na maior parte das vezes, a coisa em que não se tinha pensado ou que nunca se teria imaginado"*
>
> Marie-Françoise Collière, *in* Virgínia Henderson, *La Nature des soins infermiers,* Paris, InterÉditions, 1994, p.42.

Percorrendo os objectivos que orientaram esta investigação, fomos elencando algumas conclusões relacionadas com uma única finalidade: identificar as necessidades e expectativas dos idosos, em contexto familiar, percepcionando e conjugando a situação real com o que seria desejável e mais benéfico para o seu bem-estar.
Deste percurso extraímos algumas conclusões agrupadas nos seguintes títulos:

1. **A realidade sócio-demográfica encontrada**
2. **Há uma vontade determinada do idoso em manter-se no seu domicílio de permanência**
3. **A necessidade de relações sócio-afectivas parece influenciar, de forma expressiva, a qualidade de vida**
4. **Redes de apoio social/Parcerias**
5. **As fragilidades dos cuidados de saúde**
6. **A prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio apresenta-se como uma prática desestruturada e um agir não integrado.**

No decurso do trabalho fomo-nos apercebendo, também, do pouco envolvimento dos sectores da saúde na concretização da "Cidade saudável", e, sobretudo, no assumir de responsabilidade do enfermeiro na produção de cuidados de qualidade.
Passamos, então, a referir-nos a cada uma das conclusões, contextualizando as questões conceptuais e os resultados da pesquisa.

1. A realidade sócio-demográfica encontrada

- O predomínio da população idosa feminina referenciada pelos dados estatísticos é confirmado nesta investigação.

- No universo populacional, o número de mulheres é mais elevado, assumindo particular relevância na nossa amostra – 63,5% (n=317). Mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, existe predominância do sexo feminino em cada classe etária, sobretudo no grupo dos 85 ou mais anos. Em 52 indivíduos deste grupo etário, 71,2%(n=37) são mulheres, mantendo-se, assim o reflexo da diferença de longevidade que os dados estatísticos apontam para o sexo feminino.
- 16, 6% (n=83) dos idosos estudados vivem sós e destes 86,7% são mulheres.
- 13,8% (n=69) necessitam de cuidador, de entre os quais 66,7% são mulheres.
- 33,7% (n=168) vive com o cônjuge ou outros familiares
- 20,4% (n=102) vive com filhos
- 10,6% (n=53) vive com outros familiares
- Na freguesia de S.ta Maria Maior situa-se o maior número de indivíduos a necessitar de cuidador – 50,0% (n=34).
- 7,2% (n=14) encontram-se em total e grave dependência da sua autonomia Os cuidados são prestados por familiares (cônjuge/companheiro, filhos/noras e outros familiares). Apenas 2,8% (n=14) de indivíduos dependentes (3 homens e 11 mulheres) beneficiam da assistência de redes de parceria.
- O número de idosos com instrução acima da primária (actual ensino básico) é muito baixo, situando-se em 9,8% (n=49).
- Grande parte dos nossos inquiridos, 35,5% (n=177), não mantém, actualmente, qualquer actividade ocupacional; 40,5% (n=202) responsabiliza-se pelas actividades domésticas, sendo estas quase que exclusivamente de mulheres.
- Com excepção do grupo feminino de Meadela e Monserrate, o grupo etário de 65-74 anos situa-se acima dos 50%, o que permite pensar que

se trata de cidadãos com capacidades que deveriam ser mantidas e estimuladas.

O idoso, na sociedade actual, enfrenta diferentes problemas, como a perda de rendimentos, de papéis, a rede de amizades diminuída e o abandono da vida activa aquando da reforma. O contacto social é muito importante para o idoso na medida em que, nesta nova e, igualmente importante etapa da vida, se tem mais tempo livre. Esse contacto torna-se fundamental para manutenção das faculdades mentais, físicas, emocionais e promover a qualidade de vida. Assim, será fulcral que seja permitido e dada oportunidade a estas pessoas de comunicarem com outros grupos sociais, de se manterem ocupadas, de realizarem diferentes tipos de actividades e de terem tempo para descansar. Parece-nos ser, através dos passos atrás referidos, que o idoso permanecerá activo, continuará a sentir-se bem com a sociedade que o rodeia e, consigo mesmo, promovendo ele próprio, a sua qualidade de vida.

2. Há uma vontade determinada do idoso em manter-se no seu domicílio de permanência.

As formas de vivência familiar e outras que apuramos neste estudo, reforçadas pelos discursos dos idosos, confirmam esta conclusão:

- 95,2% (n=475) de idosos não quer sair da sua casa.
- 90,2% (n=450) vive na sua casa de permanência, vivendo com o cônjuge/companheiro, com filhos/noras ou com outros familiares.
- Apenas 9,8% (n=49) vive em domicílio de substituição, distribuindo-se por casa de familiares, ligados por laços de parentesco ou consanguinidade, ou em famílias de acolhimento.
- Os lares e residências geriátricas foram indicados como **último** recurso.

Actualmente, o mais frequente na nossa sociedade é a falta de disponibilidade dos filhos e familiares dos idosos para os acolherem, lhes dedicarem a sua atenção e para cuidar deles quando estes, por algum motivo, se tornam dependentes. Estes segmentos de frase

recolhidos com alguma frequência são disso testemunho: "*...os filhos têm a vida deles*" ; "*...não quero sobrecarregar os meus filhos*"; "*...ninguém gosta de cuidar de velhos*". Acontece, também, falta de vontade dos idosos para irem para casa dos seus parentes, sentindo que se o fizerem perdem toda a sua liberdade ou o direito de propriedade dos seus haveres de pertença. "*...na sua casa, cada um é rei*" ou "*...a nossa casa é onde estamos melhor*", foram frases ouvidas muitas vezes, e, também, "*...sair desta casa só arrastada...*" ou "*...sair daqui...só para o cemitério*". Estas afirmações são indicadores de que **o idoso não pretende sair do seu meio ambiente habitual**, onde reside, onde se identifica com os seus haveres e com relações sociais e afectivas. Será, por isso, importante manter o contacto social do idoso com o meio circundante. A saúde associa-se a parâmetros físicos, sociais, cognitivos e afectivos, resultando o **estado de bem-estar** do estilo de vida próprio de cada um, no que respeita a necessidades de: alimentação, actividade física, vida afectiva, relação social, reconhecimento, segurança económica, actividade intelectual, entre outras.

3. A necessidade de relações sócio-afectivas parece influenciar, de forma expressiva, a qualidade de vida.

As mulheres, a quem a sociedade foi transmitindo a responsabilidade das actividades instrumentais de vida diária, reagiam com choro ao falarem das limitações próprias do processo de senescência, das perdas de autonomia, de terem de deixar a sua casa num futuro mais ou menos próximo. Algumas que encontramos a residirem na casa de filhos, há pouco tempo, não criaram redes de amizade. Isolam-se mais, devido, talvez, à sua forma de estar em sociedade e a uma cultura, hoje, em mutação: as mulheres não frequentavam o café, raramente saíam, a parte social restringia-se, unicamente, ao lar/família.

Pensamos ser importante considerar os aspectos de ordem sócio-cultural na implementação de cuidados a idosos e na orientação de estratégias, com maior garantia de adaptabilidade, ao género, ao status social, às experiências de vida, sabendo que existem algumas diferenças no modo de encarar os cuidados e nos condicionalismos que se colocam ao cuidador.

O Observatório Nacional de Saúde (2002) revelou os resultados de um estudo, onde 8,3% de idosos a viver em casa estavam permanentemente acamados, sentados ou sem poderem sair; 12% estavam dependentes de ajuda para as tarefas diárias, como movimentar-se, vestir-se, fazer refeições ou ir à rua. Nós encontramos alguns dados que

permitem alguma semelhança, através da avaliação da capacidade funcional (Escala de Barthel):

- Encontramos 7,2% (n=14) em total e grave dependência da sua autonomia, o que pressupõe a necessidade de ajuda para concretizar as actividades de vida diária: comer, tomar banho, vestir-se, arranjar-se, manutenção da continência e movimentar-se da cama para a cadeira e vice-versa.

- No grupo das mulheres registaram-se valores de dependência mais elevados em todos os parâmetros da Escala de Barthel.
- Estes dados, ainda que prudentemente interpretados, vão de encontro às conclusões produzidas por Veríssimo, referindo que *"...a dependência aumenta com a idade e tem maior incidência nas mulheres"* (2001, p.67).
- A existência de escadas no acesso à habitação encontrada em57,3% (n=286) torna a necessidade de *"ajuda física ou supervisão para subir e descer escadas"* (Escala de Barthel) um cuidado importante na vida social e de grupo.
- Analisando em particular a mobilidade ou deficit na capacidade de mudança da posição corporal e da marcha, registámos em 9,4% (n=47) sem mobilidade e mobilidade com ajuda.
- Foram encontrados no estudo 24,6% (n=123) indivíduos considerados com ÍQVI <23, significado, este, atribuído a **não qualidade de vida**. Assim, estarão limitadas as relações afectivas do idoso com os elementos da família, amigos ou vizinhos; a comunicação social com a envolvente habitacional; a participação familiar, prejudicando a relação de ajuda e integração funcional do idoso; a escassez de recursos económicos; o isolamento e a falta de sentimento de pertença.
- Encontramos, também, dificuldades referenciadas várias vezes para as actividades instrumentais, de vida diária, limitando as suas potencialidades de uma vida própria com autonomia ou prejudicando a manutenção da vida familiar, como seja: usar o telefone, preparar refeições, realizar trabalhos domésticos, tomar medicação, fazer compras ou pequenos recados.

4. Redes de apoio social/Parcerias

Os idosos que foram inquiridos requerem manter-se na sua residência habitual – 95,2% (n=475) – pretendendo continuar a viver no seu domicílio de permanência. As razões evocadas apontam a manutenção na continuidade de vida e na estabilidade e, ainda, em factores de ordem cultural.

O desenvolvimento das redes de apoio social surgiu imbuído de serviços definidos *à priori,* sem considerar o contexto real destes idosos.

A assistência domiciliária não é comparticipada no mesmo valor pecuniário que seria atribuído a uma instituição que proporcione apoio ao idoso. Era uma queixa que ouvíamos com frequência e um apelo à mudança das estruturas sociais. Direccionar os mesmos quantitativos de subsídio destinados à família (ou para um cuidador específico), seria uma forma de minimizar as angústias dos que não têm meios de suportar os encargos com situações de dependência.

O quantitativo máximo atribuído, por idoso, não ultrapassa os 184,37 Euros. (Pensão social + Complemento Extraordinário de Solidariedade). Lamentavam a morosidade do sistema, dos aspectos burocráticos que tinham de ultrapassar até à concretização do mesmo. Solicitavam, da Segurança Social, respostas mais propícias a manter o idoso em casa. Os quantitativos das pensões (ou reformas) que recebem são escassos, para fazer frente aos gastos com medicamentos de longa duração e com ajudas técnicas, sobretudo fraldas. A acção social destina-se à prevenção e reparação de situações de carência económica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade dos cidadãos e, também, a assegurar protecção especial a grupos marginalizados pela sociedade.

Encontramos famílias a apelarem para o subsídio de grande invalidez, ainda não atribuído, e com encargos acrescidos pelos cuidados que exigiam as situações dos seus familiares idosos. Os idosos são considerados pela família – e pela sociedade – consumidores e improdutivos, constituindo uma sobrecarga (em termos económicos, em gasto de tempo dispendido em cuidados, em preocupação e em necessidade de presença). A sociedade contemporânea identifica-os como grupo social dispendioso e dependente de terceiros.

A comparticipação da Segurança Social atribuída às instituições que apoiam idosos está bem definida e regulamentada. Foi definida em função das respostas sociais existentes e por utente. Em 2004 vigoraram os valores do quadro n.º 24.

Quadro n.º24 - Comparticipações atribuídas, por idoso, em 2004 às instituições que apoiam idosos.

Respostas sociais	Euros/mensais
Lar de Idosos	300,98 Até 536,74*
Centro de Dia	88,87
Centro de Convívio	43,22
Apoio Domiciliário	204,63

Fonte: Dados obtidos no Centro Regional de Segurança Social Viana do Castelo

* Podendo depender do grau de limitação ou dependência

Os Lares de Dia existentes, em três das freguesias, dinamizam actividades de ocupação e lazer, para além de fornecerem o almoço e lanche, aos que os frequentam.

Confeccionam, também, refeições que fornecem ao domicílio para as 24 horas; lavam roupa, prestam serviços de higiene individual e da habitação a utentes mais carenciados. Estes serviços são cobertos por subsídios atribuídos aos Lares de Dia e comparticipados por cada utente/família, na medida das suas possibilidades.

Os recursos encontrados na Cidade de Viana do Castelo (cinco lares residenciais - dos quais um é privado – e quatro centros de dia), não são escolhidos para residir no futuro. Não parece ser a solução adequada às necessidades sentidas por este grupo etário, pelas afirmações sucessivas que ouvíamos *"...o lar será o último recurso"; "...ir para a Caridade, só morta"; "...para um lar?...será preferível ir para o cemitério"*.

Constatamos que a lotação das residências está preenchida, havendo lista de espera, com excepção do lar privado, onde o encargo económico não é compatível com as disponibilidades financeiras do grupo que mais precisa. Os que têm possibilidades económicas optam por suportar os cuidados em casa, quando encontram alguém preparado para esse trabalho.

A melhoria de condições e de políticas a prosseguir, será possível se houver envolvimento dos serviços de saúde, das autarquias, dos parceiros naturais (família, vizinhos), numa estrutura bem conjugada de um projecto de Apoio Domiciliar Integrado.

5. As fragilidades dos cuidados de saúde

O actual sistema organizacional dos ditos "cuidados de saúde primários" não interiorizou, devidamente, esta problemática. A pessoa idosa, alvo de cuidados, não é integrada no SNS como ser total, com deveres e direitos, com valores próprios, que lhe permitem uma riqueza pessoal, capaz de decidir por si própria (desde que devidamente informada) o que para ela é mais conveniente.
Foram ouvidas várias referências à acessibilidade a cuidados de saúde:

- Domicílios programados para dois dias fixos por semana, não sendo feitas outras visitas médicas ainda que sejam solicitadas. Os utentes socorrem-se dos serviços privados ou serviço de urgência do Hospital.
- Dificuldade na marcação de consulta para o médico de família: após exames complementares de diagnóstico (análises) esperam seis meses pela consulta para mostrarem e conhecerem (saberem) os resultados.
- Referiram muitas dificuldades quando recorriam à assistência do Centro de Saúde. *"Nunca querem vir a casa"; "... a esposa saiu do hospital levou uma carta para o médico de família. No Centro de Saúde disseram para deixar e que fosse lá dali a quinze dias que ficava a consulta marcada"* (E 214). Recorreu aos amigos que tem no hospital e não foi mais ao centro.

6. A prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio apresenta-se como uma prática desestruturada e um agir não integrado.

A problemática relacionada com a saúde-doença tem repercussões acentuadas pela natureza das reacções biológicas e comportamentais que vão aparecendo ao longo dos anos. Aqui se situa a importância do paradigma **cuidar** do profissional de enfermagem que trabalha em cuidados de saúde primários.
A prestação de cuidados ao domicílio deve constituir a **actividade de enfermagem** por excelência, uma vez que é desenvolvida junto das famílias e das pessoas, percepcionando as suas necessidades, promovendo, tratando, reabilitando, com vista a restituir uma melhor qualidade de vida à população. É na realidade de vida de cada um (cada ser humano) que se alicerça a plena dimensão da produção de cuidados de

qualidade que *"... tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue"* (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Porém, esta convicção não condiz com a ambiguidade encontrada nos discursos dos enfermeiros e confirmados pelas afirmações dos idosos.

A ambiguidade dos discursos encontrados ao procurarmos saber da importância atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária (V.D.), apresentando, até, respostas dicotómicas vem sustentar os queixumes dos idosos, com referências ao atendimento de enfermagem **fora** e **dentro** do centro de saúde:

- Recusa de injectáveis ao fim de semana no Serviço de Atendimento Permanente (SAP). Para serem administrados terá de constar na receita que deve incluir fim-de-semana.
- São recusados serviços de enfermagem no C.S. se não comparecerem em horário de consulta do seu médico de família.
- Recusa de VD para administração de injectáveis a um doente acamado a residir na Meadela, com a informação de que *"...à Meadela não vamos"*.
- O enfermeiro só faz V.D. se houver prescrição do médico de família, pondo em risco a autonomia da sua profissão. Os idosos resolvem as situações de cuidados com serviços de enfermagem privados ou socorrendo-se de amigos.
- Falta de apoio do Centro de Saúde para resolver dificuldades de doentes algaliados. *"Quando a algália não drena tem de o levar ao centro para desobstruir. Não vêem a casa. Tratamentos e injectáveis não fazem ao fim de semana"* (E 456).

Com uma população idosa que atinge os 15,8%, as necessidades em cuidados de saúde e de apoio social têm vindo a crescer, impondo-se um trabalho (e presença) cada vez mais próximo do cidadão. Será esta perspectiva de cuidados de saúde primários, orientados para o indivíduo, família e comunidade?

Sabendo que o fenómeno saúde /doença integra um sistema complexo de relações e contextos, onde se cruzam as naturezas biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, terão de ser estas condicionantes, o ponto de partida e de reflexão para os cuidados.

Pelos discursos dos idosos confirmamos a necessidade de cuidados de *"proximidade ao cidadão"* que tem vindo a alicerçar o discurso político e o próprio **Plano Nacional de Saúde 2004-2010.** (Ministério da Saúde, 2004).

As contradições de uma prática sem sentido global, sem o agir integrado no contexto do idoso, uma prática fundamentada na tarefa e a ambiguidade dos discursos destes profissionais, situaram-nos nesta conclusão. Todavia, faltam enfermeiros especializados em Enfermagem na Comunidade e na vertente de Gerontologia e Geriatria, configurando um grupo de profissionais com competências especializadas que possam dinamizar processos de reflexão na prática, pela equipa de enfermagem.

A reflexão das práticas pressupõe avaliação dos cuidados que são prestados, dentro e fora da instituição, através da satisfação dos utentes. Implica reflexão dos contextos e identificação de necessidades reais.

Expostas as conclusões, consideramos, ainda importante realçar que os objectivos relacionados com (os prestadores e percepção do idoso) não foi possível, deste estudo, uma análise conclusiva. No primeiro caso, parecendo ter receio de uma avaliação do seu trabalho como cuidador. No caso da satisfação do idoso com os cuidados que recebia, foram escassas as referências, mas ricas de sentimento e emotividade, expressões essas, que não conseguimos trabalhar.

2 – DE CONCLUSÕES A PROPOSTAS

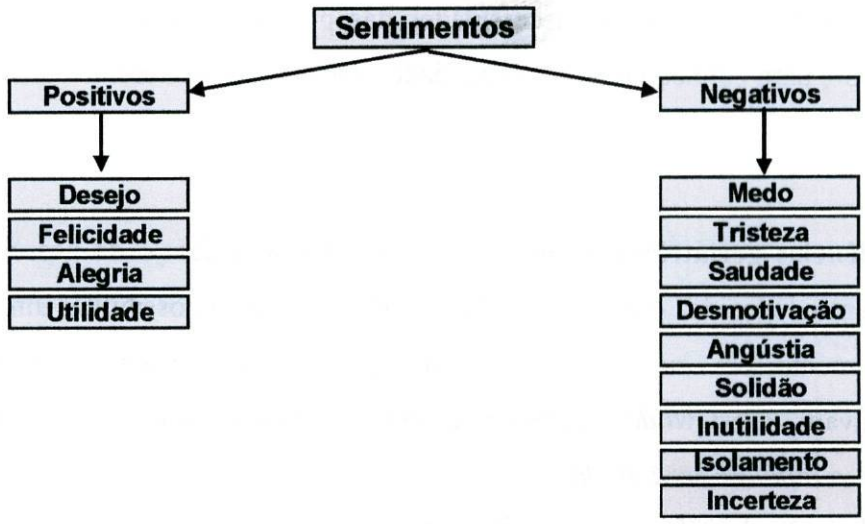
"Seria desejável que por vezes nos lembrássemos
que é precisamente no pouco que sabemos que somos
diferentes,
já que somos iguais
na nossa ilimitada ignorância.

Karl R. Popper

Numa abordagem, muito próxima das pessoas idosas, que fizemos durante este percurso investigativo, ficamos com a convicção dos sentimentos negativos que assolam este grupo, dos seus medos, das suas preocupações e das suas angústias.

Das várias vezes que lemos e (re) lemos as expressões que fomos recolhendo e analisadas por unidades temáticas, fomos fazendo uma listagem dos termos utilizados que nos indicavam sentimentos negativos e positivos que assolam o ânimo destas pessoas. Podemos dizer que se apresentavam dois perfis, quase sempre, dicotómicos:

Figura nº. 7 – Sentimentos expressos pelos idosos



Esta recolha situou-se nos discursos de duas questões que lançamos: ***"onde gostaria de viver no futuro"*** e ***"quais as maiores preocupações".***

O humor triste e muitas lágrimas que fomos observando, confirmam a diferença dos sentimentos negativos que contabilizamos. Reflectem o peso de um grupo que a sociedade foi encurralando e estereotipando, sem aproveitar as potencialidades que muitos têm. Afastados do mundo dos mais novos, reflectem uma vida sem aspirações e sem sentido e, alguns, sem os laços afectivos e sem relacionamentos calorosos, onde

falta *"A família, os amigos, a comunidade – são essas as maiores fontes de amor e de alegria que temos enquanto seres humanos"* (cit. Capra, 2003, p.271).

→Os recursos sociais destinados a idosos

- Residências geriátricas
- Lares de Dia
- Centros de Convívio
- Colocação familiar

A proliferação de projectos e de um leque variado de respostas vocacionadas para os idosos não têm, na nossa perspectiva, uma base de justificação adequadas às necessidades deste grupo em questão. São respostas variadas, numa perspectiva de oferta de serviços, dispostos à solicitação de quem deles precisa. Precisariam de ser idealizados e ajustados às necessidades das pessoas, tendo por base "um estudo de terreno", para conhecimento das realidades sociais e dos interesses dos destinatários de cuidados.

Residências geriátricas poderiam ser indicadas se é desejo da pessoa (analisado em momento de lucidez e com capacidade de decisão), para possibilitar um melhor nível de atendimento em cuidados que a pessoa necessite. Algumas situações assim o desejavam: *"Gostava de ir para um lar onde me tratassem bem..."; "...um dia que não possa, a hipótese será um lar"*.

A colocação dos idosos em instituições deve passar por uma cuidadosa avaliação das suas capacidades funcionais, para evitar o seu encaminhamento para junto de indivíduos com elevado grau de dependência, com consequências negativas para a sua autonomia.

Os Lares de Dia são um recurso familiar, aliviando preocupações com a alimentação do idoso, a sua segurança, o seu isolamento, possibilitando uma série de actividades de ocupação e lazer, em que o idoso pode ocupar o seu dia.

Os Centros de Convívio são vocacionados para a ocupação e lazer, mantendo e estimulando a rede de amizades, o contacto e convívio social. Este contacto torna-se

fundamental, porque promove uma melhor qualidade de vida, a manutenção das faculdades mentais, físicas e emocionais. Ninguém, jovem ou velho, consegue conservar a sua integridade mental na ausência de actividades estimulantes e do contacto com os outros.

Estas instituições deveriam manter actividades de interesse para o grupo a que se destina, desenvolvendo capacidades criativas e utilizando os recursos do próprio grupo.

Os idosos reconhecem a necessidades de existirem estes serviços. Colocam, no entanto, muitos entraves à sua utilização, preferindo permanecer na sua residência, sozinhos, mesmo com carências e isolados. Alguns relatavam experiências curtas da sua utilização: *"...para estar sentada, estou em casa"; "...tinha de saber onde me sento...porque as cadeiras e os lugares...passam a identificar a pessoa e tornam-se propriedade"*.

Parece-nos importante a criação de um outro recurso – **Lar de Noite** – onde indivíduos, que vivem sós, pudessem pernoitar e fazer refeição da noite e pequeno-almoço.

Seria a forma de solucionar algumas necessidades percebidas, como *"...medo de permanecer de noite sozinhos"; "...de morrer durante a noite sem ninguém"; "...não ter quem chamar durante a noite"*.

Este novo recurso, recriado dos já existentes, poderia minimizar sofrimento aos idosos com necessidade de apoio nocturno. São pessoas independentes, que requerem mais segurança, apoio afectivo e comunicacional.

A **Residência Temporária,** também se antevê como uma possibilidade de recurso necessário e indispensável a situações de grandes dependentes, podendo assim, aliviar a família e facilitar os cuidados que os idosos necessitam.

→ Protocolos/parcerias

O conceito de parceria tem necessidade de unir, reunir, todos os actores numa mesma perspectiva, numa única meta, interligando a acção de todos os parceiros, num mesmo resultado ou direcção. Tem de procurar a coerência e ligação na diversidade das situações e dos actores. Ligar e não bloquear ou separar as intervenções.

Na identificação destes recursos, encontramos várias dificuldades. Não nos sendo facultado nenhum documento onde pudéssemos analisar as bases do protocolo instituído e dos parceiros ou equipa que dinamiza um recurso de ADII (Apoio Domiciliário Integrado a Idosos) e SADE (Serviço de Higiene da Habitação e Alimentação), integrados num Centro de Dia. São "projectos sem rosto", onde participam segurança social, voluntários e sector de cuidados de saúde primários. Foi a informação oral que colhemos do coordenador de um dos projectos.

Este recurso disponibiliza vários serviços ao domicílio, durante as vinte e quatro horas: refeições, higiene individual, mobilização de idosos acamados dependentes, resolução de situações de cuidado urgente. Distribuem ajudas técnicas: camas, cadeiras de rodas e andarilhos. É apoiado por candidatura a Fundos Comunitários, subsidiado pela Segurança Social e comparticipado pelo idoso/família. Atende uma população de 16 indivíduos dependentes em domicílio.

Tivemos oportunidade de contactar dois idosos que beneficiam deste recurso, relatando dificuldades na assistência médica e de enfermagem no domicílio, apesar do centro de saúde ser um dos elementos da parceria.

A manutenção das necessidades humanas básicas é apoiada por elementos sem preparação específica.

Identificamos, também, uma rede de distribuição de refeições ao domicílio assegurada pela S.ta Casa da Misericórdia de Viana do Castelo. A um custo irrisório, o utente tem a refeição no domicílio para todo o dia. Não é distribuída ao fim de semana e feriados. Esta foi a resposta possível a várias solicitações, sobretudo na freguesia de Monserrate que não dispõe de Centro de Dia, sendo a freguesia com maior percentagem de idosos.

A nossa proposta centra-se na **reformulação das redes sociais de apoio informal e formal**, para resolver algumas necessidades prementes dos idosos da cidade de Viana do Castelo.

Aproveitando as directivas preconizadas pela OMS para a IV fase de implementação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis – **Envelhecimento Saudável** – pautadas por uma abordagem à saúde, aos cuidados e às necessidades da qualidade de vida dos mais idosos, a nossa proposta é um **apelo ao gabinete CIDADE SAUDÁVEL,** com sugestões que incluem:

- **Avaliação de necessidades** feita por uma comissão que inclua elementos do Gabinete Cidade Saudável, enfermeiro(s) do Centro de Saúde, assistente social responsável pela área de idosos e voluntários.

- **Monitorizar os recursos existentes** de forma a direcciona-los para respostas e soluções a necessidades de saúde e sociais diversas.

- **Exigir relatórios de avaliação aos projectos implementados,** criando uma rede de informação e difusão que dê visibilidade a esses recursos. São respostas de coesão solidária e social que ganham importância crescente e que são ainda desconhecidas. Será simultaneamente uma forma de controlo de gastos e de melhor aproveitamento do financiamento de subsídios e ajudas sociais.

- **Formar os cuidadores.** Estudos recentes, nomeadamente os de Weitzner et al. (2000), alertam para a necessidade das actuais politicas de saúde e social facultarem informação e formação aos cuidadores informais afim de lhes permitir implementar os cuidados em contexto familiar.

→Resposta conjugada, privilegiando a manutenção do idoso em ambiente familiar.

Não existem grandes alternativas à família em respostas dos serviços de cuidados de saúde primários, se necessitam da intervenção do médico ou do enfermeiro para cuidados ao idoso, sobretudo se dependente. A agravar a situação, existem queixas de poucos recursos económicos e da escassez de respostas destes técnicos que possam deslocar-se ao domicílio. As grandes carências de apoio à família em cuidados de saúde, leva a que se exerça grande pressão sobre o hospital, sobretudo à urgência, que não foi vocacionado para os acolher. Não existem hospitais de retaguarda para apoio a situações de convalescença ou equipas de cuidados continuados, o que leva à insatisfação dos utentes e às queixas de desumanização do SNS.

- **Direccionar os apoios para a família,** com ajudas financeiras e subsídios mais aliciantes, de forma a incentivar e apoiar a família que deseja cuidar do seu idoso em casa. Facilitar e desburocratizar o acesso a subsídios de grande dependência.

- **Reorientar a prática dos cuidados,** com maior inserção na comunidade, parece-nos ser este o grande desafio das instituições de saúde.

A OMS, em 1978, aconselhava que a responsabilidade de cuidados às pessoas idosas, na comunidade, fosse confiada a uma enfermeira ou a equipas de enfermagem, integrando pessoal auxiliar, sob a orientação/supervisão de enfermeiros qualificados.[8] Neste sentido, terá de ser repensada a atitude dos enfermeiros, as suas competências e a sua formação, perante as situações que requerem os seus cuidados, de forma a melhorar a sua actuação junto da comunidade que serve.

- **Repensar a responsabilidade social do ensino,** numa interligação dos processos formativos e da sua envolvência com a sociedade.

À formação de enfermeiros tem de ser dada uma nova face, deixando para trás os modelos tradicionais que são inadequados às exigências actuais e que *"moldam"* o profissional de uma forma contrária à filosofia e essência da Enfermagem. À Escola exige-se mais mobilização da sua autonomia e de reforço de trabalho com a comunidade.

Nesta dimensão, será importante reflectir o compromisso com a comunidade envolvente, procurando integrar projectos e actividades diversas, que beneficiem os processos formativos e constituam, simultaneamente, parcerias significativas na rede de relações sociais existentes.

A competência de extensão comunitária atribuída à Escola, direcciona-se para duas vertentes:

- A visibilidade institucional e integração social
- O desenvolvimento comunitário

[8] In: *Le role dês services infirmiers dans les soins aux personnes agées.* Copenhague : OMS, 1978.

Temos nesta área algumas propostas e sugestões:

- Estabelecer vínculos contratualizados com instituições locais, com vista a intercâmbio e parceria, na execução de programas: de formação, de estágios, de trabalhos de pesquisa/investigação e de prestação de outros serviços.
- Organizar prestação de serviços, realizada por docentes e discentes (com orientação): formação a cuidadores, formação contínua de enfermeiros, prestação de cuidados domiciliários a idosos e pessoas dependentes, vigilância de parâmetros vitais, entre outros.
- Proporcionar/divulgar à sociedade o conhecimento produzido ou desenvolvido em trabalhos de investigação.

A promoção e manutenção da saúde terá de ser a primeira responsabilidade em que os enfermeiros, de futuro, se verão envolvidos. Consistirá *"...em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais"* (Capra, 2000, p.325), o que não será viável com o modelo de atendimento instituído, esperando a solicitação do cliente. O primeiro passo terá de ser, inverter o sistema no sentido de cuidados de proximidade ao cidadão.

Porém, na nossa prática docente, parece que não conseguimos enraizar este princípio nos profissionais que formamos, preocupados com intervenções tecnicistas e descurando os aspectos globais do utente (e a sua circunstância), com cuidados por vezes mais significativos e eficazes, no seu efeito paliativo e de bem-estar.

A formação inicial parece revelar-se insuficiente se, **na** prática e **pela** prática, não se desenvolverem outras dimensões nas competências em cuidados, através de uma atitude reflexiva. A ciência tem, hoje, um carácter inter e transdisciplinar e como tal, em permanente relação dialéctica com os vários elementos da cultura. À Enfermagem é exigido partir de uma epistemologia para uma ontologia, de uma teoria autónoma para uma prática autónoma. Será esse **saber** que tem de ser interiorizado, para o desenvolvimento das práticas.

BIBLIOGRAFIA

AGREDA, J. J. S., Almeida, M. L.F., et al. (1999) – *O idoso : problemas e realidades.* Coimbra: Editora Formasau.

ALMEIDA, J. F. (1990) – Família. In: *Portugal – os próximos vinte anos. Valores e representações.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 94-110. Vol. VIII

ALTARRIBA, F. (1992) – *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer.* Barcelona: Boixareu.

ALTHUSSER, J. (1976) – *Filosofia e filosofia espontânea dos cientistas.* Lisboa: Presença.

ALTHUSSER, J. (1978) – *Sobre o trabalho teórico.* Lisboa: Presença.

AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete (2000) – Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. "*Revista Portuguesa de Saúde Pública*". Lisboa. Vol. 18, nº2 (Jul.-Dez.), p.23-31.

AMIGUINHO, A. (1992) – *Formação e inovação: O projecto "ECO" em Arronches: um estudo de caso centrado na vivência e na apropriação do percurso de formação pelos professores.* Lisboa: Faculdade de Psicologia e Educação da Universidade de Lisboa.

ANDRADE, Hermógenes de (2000) – *Saúde na terceira idade.* Lisboa: Editora Pergaminho.

ANTUNES, M. (200) – Saúde: eficiência e equidade. In:*Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança.* Lisboa: Sociedade Editorial.

APEL, K.- O. (1994) - *Estudos de moral moderna.* Petrópolis: Vozes.

ARTAJO de NO, N. (1991) - Tercera edad y pensiones públicas. In: AA. VV. Ed.; *La tercera edad en Europa: necesidades y demandas.* Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, p. 231-245

ATKINSON, M. (1985) – Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara

AZEREDO, Zaida (2001) – Como despende o idoso o seu tempo. "*Geriatria*". Lisboa. Vol. XIV, nº. 131, p. 14 – 21

AZEREDO, Zaida: MATOS, Eduardo (2003) – Grau de dependencia em doentes que sofreram AVC. "*Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*". Lisboa. Série III, vol. 8, nº. 4, p. 199-204

BACHELARD, Gaston (1940) - *Philosophie du non.* Paris : PUF.

BANDEIRA, M. L. (1996) – *Demografia e modernidade: família e transição demográfica em Portugal.* Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.

BARATA-MOURA, José (1978) – *Ideologia e prática.* Lisboa: Editorial Caminho.

BARBOSA, L. (2002) – Cultura: visão horizontal. In:*Reformar Portuga: 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Sociedade Editorial.

BARDIN, L. (1977) – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas (1996) – *Portugal 1960/1995: indicadores sociais.* Lisboa: Público. (Cadernos do Público; 8).

BARRETO, João (1988) – Aspectos psicológicos do envelhecimento. "*Psicologia*". Ano VI, nº. 2, p. 159-170.

BARRETO. António; PRETO, Clara V. – Indicadores da evolução social. In: BARRETO, António et al. (Org.) (1996) – *A situação social em Portugal em 1960/1995.* Lisboa: Instítuto Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, p. 61-162.

BASTO, M. L. (1991) – Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê? Servir. Lisboa. Vol. 39, nº. 2, p. 75-80.

BASTO, M. L. (1998) – *Enfermagem: da intenção à mudança.* Lisboa: Rei dos Livros.

BAZO, M. (1992) – Investigaciones e estudios básicos para la definición de las políticas sociales para la tercera edad en España. In: AA. VV. (ed.) – *Sociologia dela vejez.* Madrid: UDP, p. 53-63.

BAZO, M.T. (1990) - *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI.

BELMIN, J. et al (1997) – *Les soins aux personnes âgées.* Paris : Masson.

BERGER, Louise (1995) – Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle: *Pessoas idosa: uma abordagem global.* Lisboa: Lusodidacta.

BERICAT, E. (1998) – La integração de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Barcelona: Ariel.

BIANCHI, H. (1992) - Envejecer, o los destinos del apego. In: AA.VV. Ed. - *La cuestión del envejecimiento.* Madrid: Biblioteca Nueva, p. 43-71

BIRCHFIELD, Patricia C. (1999) - Saúde dos idosos. In: STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanete - *Enfermagem comunitária: promoção de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa: Lusociência. p.636-656.

BIZE, P.R.; VALLIER, C. (1985) - *Uma vida nova: a terceira idade.* Lisboa: Verbo.

BLANKET, Madeleine – *L`esperance de vie em bonne santé. Les agréssions thérapeutiques au troisième âge : les rôle des intervents.* 2.ª ed. Québec : s.n., 1987.vol.1

BOFF, Leonardo (2000) – *Saber cuidar: ética do humano: compaixão da terra.* 5ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 33-34.

BOGDAN, Robert; BIKLEN; Sari (1994) – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Ed.

BORGES, [et al.] (2000) – O impacto do internamento nas funções cognitivas e emocionais do doente idoso. *"Medical Care"*.[s. l.]. Vol. 13, nº 128, p.36-48.

BOTELHO, Maria Amália (2001) - Avaliação da autonomia funcional em idosos. In: PINTO, Anabela M. (Coord.) - *Envelhecer vivendo.* Coimbra: Quarteto, p. 57-70.

BRANCO, Isaura Maria B. H. P.(1995) – *A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados: estudo de caso.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado

BRITO, L. (2001) – *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos.* Coimbra: Quarteto.

BRITO-MELO, F., Costa, M., [et al.] (2002) – *Dar e receber na terceira idade*. Viana do Castelo: [s. n.]

BRUYNE, Paul e tal (1991) – *Dinâmica de pesquisa em ciências sociais. Os pólos da prática metodológica.* Rio de Janeiro: [s.n.]

BUENDIA, J. & RIQUELME, A.(1997) – Personalidad, processos cognitivos y envejecimiento. In: BUENDIA, J. – *Gerontología y salud.* Madrid: biblioteca Nueva, pp. 233-247.

BUENDIA, J. (1997) – *Gerontología y salud.* Madrid: Biblioteca Nueva.

CABRITA, A. M. R.(1988)- O meio e a qualidade do habitat residencial. "*Psicologia*". Lisboa. vol. 6, nº. 3, p. 238-306

CAO, Ana Rey (2000) – *Contribucións da motricidade ò desenvolvemento sociocultural das personas maiores.* Coruña: Universidad de Coruña. Faculdad de Ciências de la Actividad Física y el Deporte.

CAPRA, F. (2000) – *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.* São Paulo: Editora Cultrix, L.da.

CAPRA, F. (2003) – *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.* Editora Pensamento-Cultrix L.da.

CAPRA, F. (2003) – *As conexões oculta: ciência para uma vida sustentável.* São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix L.da.

CARAPINHEIRO, G. (1991) – Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. In: *Sociologia : Problemas e Práticas*, 9, p. 27-42.

CARAPINHEIRO, G. (1993) – *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares.* Porto: Edições Afrontamento.

CARIA, Telmo (1991) – A reflexividade e a objectivação do olhar sociológico. "*Revista Crítica de Ciências Sociais*". Coimbra. (Nov.), p. 10.

CARNEIRO, R. (1997) – Educação para a cidadania e cidades educadoras. *"Brotéria. Cultura e Informação"*. [s.l.]. Vol.144, p. 391-413.

CARTER, B. E McGOLDRICK, M. (1995) – As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar. 2.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

CASSIANI, S. H. B. – O processo da investigação científica no ensino de enfermagem. In: TELLES FILHO, P. C. P.; GOBBO, A.F.F.(2003) - *A Enfermagem na actualidade: ensino, pesquisa e extensão.* São Paulo: Editora Gráfica.

CASTELEJO, N.; COUTINHO, A. (1999) – *Rugas...testemunho da geração, do saber, do amar...* Viana do Castelo: Centro Social de Nossa Senhora de Fátima.

CATARINO, A. (2002) – Solidariedade e segurança social: da exclusão à integração. In: *Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança.* Lisboa: Sociedade Editorial.

CHARAZAC, Pierre (2004) – *Introdução aos cuidados gerontopsiquiátricos. Lisboa: CLIMEPSI Editores.*

COELHO, Eduardo P. (1972) – *A palavra sobre a palavra.* Porto: Portucalense Editora.

COLLIÈRE, Marie – Françoise (1989) - *Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – *Cuidar...a primeira arte da vida.* 2ª ed. Loures: Lusociência.

CORREIA, J. (1993) – Experiência internacional no ensino da geriatria e da gerontologia. *Geriatria* n.º 6 (58), pp. 9-18.

CORREIA, J. (1994) – Recomendações sobre assistência aos idosos e educação em Geriatria. In: *Geriatria* n.º 6 (55) pp. 27-30.

CORREIA, J.A. (1989) – *Inovação pedagógica e formação de professores.* Porto: Asa.

COSTA M. A. M (2002) – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros.* Lisboa: Educa.

COSTA M. A. M. (1998) – *Enfermeiros: dos percursos de formação à prática de cuidados.* Lisboa: Fim de Século.

COUTINHO, M. (1999) – Assitência social em Portugal 1965/1971: um período charneira. Lisboa: Associação Portuguesa de Segurança Social.

COUTINHO, M. S. P. (2002) – O conceito de filosofia em Jurgen Habermas: uma interpelação à educação. "*Domus. Revista cultural*". Bragança. p.55-70.

COUVREUR, Chantal (2001) – *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI.* Loures: Lusociência.

D'AMOUR, D. (1997) - *Structuration de la collaboration interprofissionelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Montreal: Université de Montreal. Tese de Doutorado

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1992) - *O que é a filosofia.* Lisboa: Editorial Presença.

DEMO, Pedro (1997) – *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento.* Petrópolis.

DUBAR, C. (1997) – *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.* Porto: Porto Editora.

DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. (2002) – *Geriatria prática.* 3.ª ed. Rio de Janeiro: REVINTER.

ELIOPOULOS, C. (2005) – *Enfermagem gerontológica.* 5.ª ed. Porto Alegre: ARTMED.

FAZENDA, I. C. A. (2001) - *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.* São Paulo: Papirus.

FEITOSA, A (1999) – Ciência da motricidade humana. In: SÉRGIO, M. (org.) – *O sentido e acção.* Lisboa: Instituto Piaget, pp. 62-99.

FERREIRA, A. C.(1988) – Colaboração intersectorial e participação da comunidade."*Revista Portuguesa de Saúde Pública*".Lisboa.(Jul.-Dez.), p. 15-30

FERREIRA, F. A. Gonçalves (1975) – *Moderna saúde pública.* 3.ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FONTAINE, R. (2000) – *Psicologia do envelhecimento.* Lisboa: CLIMEPSI.

FORTIN, M. F. (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

FORUM (1999) – *Envelhecimento em actividade: promover uma sociedade para todas as idades.* Bruxelas: Comissão Europeia. Direcção Geral do Emprego e Assuntos Sociais

FRADINHO, M.G.V. (1996) – *Saúde, vigor e alegria em três gerações: profilaxia e terapêutica geriátricas.* Lisboa: Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde

FRANÇA, Z. (1997) – Fazer falar a escola da 1.ª República através das actas, do conselho escolar: análise de conteúdo. In: ESTRELA, A. (ed.) –*Métodos e técnicas de investigação científica em educação.* Actas do VII Colóquio Nacional da secção portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Lisboa: Universidade de Lisboa.

FRANCO, Inês; COSTA, Luísa Pereira (2001) – Níveis de dependência dos idosos. *"Nursing"*. Lisboa. Ano 13, nº 16 (Dezembro.) p.21-25.

FREDERICO, M. (2000) – *Princípios de economia da saúde.* Coimbra: Formasau.

FREIRE, M.(2000) – O que é um grupo? In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. - *Paixão de aprender.* Rio de Janeiro: Vozes, p. 52-61.

FREITAS, A. (1997) - Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. In: *Anuário de psicologia*, 73, p. 31-42.

GADAMER, H-G. (1995) - *Langage et vérité.* Paris: Gallimard.

GARCÍA NÚÑEZ, J. A.; MORALES GONZÁLEZ, J. L. (1997) – *Psicomotricid y ancianid.* Madid: CEPE.

GARCÍA MÍNGUEZ, J. (1998) – *Un modelo de educación en los maiores: la interactividad.* Madid:Dykinson.

GAUTHIER, B. (2003) – *Investigação social.* Lisboa: Lusociência.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1992) – O Inquérito: teoria e prática. Lisboa: Celta Ed.

GLEICK, K. (1996) – *Caos: a criação de uma nova ciência.* Rio de Janeiro: Editora Campos.

GOETZ, J. P.; LeCOMPTE, M. D. (1988) - *Etnografia y deseño cualitativo en investigation educativa.* Madrid: Ed. Morata.

GOMES, C. (1998) – A saúde do idoso. Um olhar sobre a (I)mobilidade. In: *Sinais Vitais.* N.º 20 pp.17-17.

GONZÁLEZ, J. A: (1989) - Teorías del envejecimiento: aspectos etiológicos. In:AA.VV. ed. :*Hacia una vejez nueva.* Salamanca: San Esteban.

GOUVEIA, M. L.; FARIA, A. L. de (1996) – Dia Mundial da Saúde Cidades Saudáveis: uma concretização da nova saúde pública. "*Revista Portuguesa de Saúde Pública*". Lisboa. Vol. 14, n.º 1 (Jan.- Mar.), p.17-22.

GRANDE, N. (1987) – A investigação em saúde e medicina. In: *Revista Crítica das Ciências Sociais*. Coimbra. Nº. 23, p. 75- 82.

GRANDE, N. (1994) – Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade. In:*Geriatria*. Lisboa, vol. VII, n.º 68.

HABERMAS, J. (1979) - *Communication and the evaluation of society.* Boston: Beacon Press.

HABERMAS, J.; TAYLOR, C. (1998) – *Multiculturalismo: lotte pre il riconoscimento.* Milão: Feltrinelli.

HERNÁNDEZ, M. C. (1996) – Cultura e humanismo, puente para la salud de los ancianos. In: M. T. A. Sociales (ed.) – *Actividad física y salud en la Tercera Edad.* Madrid: INSERSO, pp. 217-218.

HESBEEN, W. (org.) (2004) – *Cuidar neste mundo. Contribuir para um universo mais cuidador.* Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2000) – *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Lisboa: Lusociência.

HESPANHA, M. J. Ferros (1993) – Para além do estudo: a saúde e a velhice na sociedade providência. In: SANTOS, Boaventura Sousa, (org.) – *Portugal: um retrato singular*. Porto: Afrontamento, p.313-335.

HONORÉ, Bernard (2004) – *Cuidar. Persistir em conjunto na existência.* Loures: Lusociência.

JAQUES, M. E. M. R (1999) – Formação de enfermeiros – um trajecto de compromisso social. In: *Trajectos e projectos.* Viana do Castelo: Escola Superior de Enfermagem, p. 8- 8.

JAQUES, M. E. M. R (2003) – Idosos na cidade de Viana do Castelo. In: *SENIOR.* Ed. Associação para o estudo e desenvolvimento da acção social. N.º 5, pp. 42-45.

JAQUES, M. E. M. R (2004) – Enfermagem: formação e interacção com a comunidade. In: GOBBO, A. F. F; TELLES FILHO, P. C. P. – *Enfermagem: Novas competências e inclusão social.* 1.ª Ed. São Paulo: Porto Ferreira, pp.19-33.

JAQUES, M. E. M. R (2004) – Enfermagem: formação e interacção com a comunidade. In: GOBBO, A. F. F; TELLES FILHO, P. C. P. – *Idosos e dinâmicas de parceria.* 1.ª Ed. São Paulo: Porto Ferreira, pp.19-33.

JAQUES, M. E. M. R (2004) – Ser idoso – abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. In: *Sinais Vitais.* N.º 55, pp. 34-37.

JAQUES, M. E. M. R. (1996) – *Escola de Enfermagem e a construção da cidade saudável. (Projecto com idosos, um estudo exploratório).* Trabalho de investigação apresentado em provas de concurso para professor Coordenador; Viana do Castelo. (Trabalho não publicado).

JERÓNIMO, Helena Mateus (2002) – *Ética e religião na sociedade tecnológica.* Lisboa: Editorial Notícias.

KÉROUAC, Suzanne, [et al.] (1996) – *El pensamiento enfermero.* Barcelona : Masson, S.A.

KUHN, Thomas S. (1972) - *La structure des révolutions scientifiques.* Paris : Flammarion Editeur.

LAFOREST, J. (1991) - *Introducción a la gerontología.* Barcelona: Herder

LAGE, Isabel (2005) – Saúde do idoso: aproximação ao seu estado de saúde. "*Nursing : Revista de formação contínua em enfermagem", Ano 16,* nº 195 (Jan.), p. *6-12*

LEHR,U. (1988) - *Psicología de la senectud.* 2.ª ed. Barcelona: Herder.

LEININGER, Madeleine [*ed. lit.*] (1985) - *Qualitative research methods in nursing.* London: Grune& Stratton.

LENINGER, Madeleine (1997) - Tanscultural nursing research to transform nursing educationand practice: 40 years. "*Image Journal of Nursing Scholarship*".London. vol. 29, n-º 4 (Fourth Quarter), p. 26- 32.

LESSA, Almerindo (1982) – O IV mundo: 500 milhões de idosos, entre os quais um milhão de Portugueses. In: *Boletim de Educação Sanitária.* Lisboa, 5 (1).

LESSA, Almerindo (1993) – A velhice é uma invenção do homem. In: *Público Magazine* Lisboa (181) de 22 de Agosto.

LEVET, M. (1995) -*Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

LINS, V. L.U. (2001): *Gerontomotricidade e mundo da vida: aspectos epistemológicos para um novo ciclo do Desenvolvimento humano*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Dissertação de Doutoramento

LOPES, J. C. (1995) – A rede viária e os itinerários no distrito de Viana do Castelo. Um espaço de circulação em mudança. *"Cadernos Vianenses". Viana do Castelo.* Tomo 19,p. 15- 38.

LOPES, J. S. (1996) – A economia portuguesa desde 1960. In: BARRETO. A. - *A situação Social em Portugal, 1960-1995.* Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. p. 233-335.

LUCAS, J. S. – (1995) – Promoção de saúde familiar – Corolário do ano internacional da família. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Vol.13, n.º 1, pp. 11-18.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, E. D. A. Marli (1986) – *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.* São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

LUZ, José Luís da (2002) – *Introdução à epistemologia.* Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

MALGLAIVE, Gerard (1995) – *Ensinar adultos.* Porto: Porto Editora.

MARCOLINO, A. M. C.(1987) – Conferência internacional para a promoção da saúde: Carta de Ottawa."*Revista Portuguesa de Saúde Pública*". Lisboa. N°. 3/4 (Jul.-Dez.), p.67-72

MARQUES, Manuel Silvério (1999) – *O espelho declinado natureza e legitimação do acto médico.* Lisboa: Edições Colibri

MARTIN, Chistiane (1991) – *Soigner pour apprendre. Acquerir un savoir infirmier*.Paris : S.I. Éd. 2000.

MARTINS, M .M .F.P.S. (2002) – *Uma crise acidental na família. O doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência.* Coimbra: Formasau.

MARX, K.; ENGELS, F. (1974) - *Die deutsche Ideologie,* I, A; MEW, Vol. 3.

MELLO e SOUZA, M. C. B. de (2003) – O enfermeiro e a equipe de trabalho em saúde: algumas considerações. In: TELLES FILHO, P. C. P.; GOBBO, A.F.F.(2003)- *A Enfermagem na actualidade: ensino, pesquisa e extensão.* São Paulo: Editora Gráfica .

MÍNGUEZ, Garcia (1998) - Un modelo de educación en los mayores: la interactividad. Madrid: Dykinson.

MÓNICA, M. F. (1996) - A evolução dos costumes em Portugal, 1960-1995. In: BARRETO. A. - *A situação social em Portugal, 1960-1995.* Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa. p. 215-231.

MONIZ, J. M. N. (2003) – *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa.* Mafra: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

MONTEIRO, A. (2004) – Condicionantes sociais da saúde: factos comprovados. Seixal: Câmara Municipal.

MORIN, Edgar (1991) – *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.

MORIN, Edgar (2001) – *Os desafios do século XXI: religar os conhecimentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

MORIN, Edgar (2002) – Os *sete saberes para a educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

MORRIS, David B. (2000) – *Doença e cultura na era pós-moderna.* Lisboa: Instituto Piaget

NAVARRO, M. F.(1995) – Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. " *Revista Portuguesa de Saúde Pública*". Lisboa. Vol. 13, n.º 4 (Out.-Dez.),p.77-83.

NETO, Félix, (1999) - Satisfação com a vida e características de personalidade. In: *Psychologica.* Coimbra, n.º 22, pp. 55-70.

NEVES, João César (1999) – O valor da velhice. In: *Não há almoços grátis*. Lisboa: Verbo, p. 213-215.

NUNES, A. Sedas (1994) – *Questões preliminares sobre as ciências sociais*. Lisboa: Presença.

NUNES, Elisabete (1999) – Validação da escala de necessidades de aconselhamento dos idosos. In: *Avaliaçãopsicológica: formas e contextos.* Braga: APPORT, Vol. VI, pp. 1021 – 1029.

NUÑEZ, Garcia [et al.] (1997) - *Psicomotricidad y ancianidad.* Madrid: CEPE

OMS (1985) – *As metas da saúde para todos*. Lisboa: DEPS, pp. 163-166.

OMS (1990) – *D`Alma-Ata à l'na 2000. Réflexions à la mi-parcours.* Genéve, OMS.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – *Código deontológico do enfermeiro : anotações e comentários.* Lisboa: O.E.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2003) – *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Lisboa: O.E.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2003) – *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* Lisboa: O. E.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1985) – *As metas de saúde para todos :metas da estratégia regional europeia da saúde para todos.* Genève: OMS.

PACHECO, António; LUCAS, José Custódio (1999) – Avaliação da qualidade de vida e dependência funcional : idosos com 80 e mais anos : nascidos até 31/12/1998. "*Geriatria.* Lisboa. Vol. 12, nº121 (Janeiro), p.17-20.

PAIVA, José (2004) – Sem Título. "*Margens e Confluências: Um olhar contemporâneo sobre as artes*". Guimarães. (Dez.), p.7-13.

PARA abrir as ciências sociais. Relatório da Comissão Gulbenkian sobre a reestruturação das ciências sociais. Mem Martins: Publicações Europa – América, 1996, p. 136.

PASCHOAL, A. F. F. M, [et. Al] (2003) – Reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, papeis profissionais. In: TELLES FILHO, P. C. P.; GOBBO, A.F.F- *Enfermagem na actualidade: ensino, pesquisa e extensão.* São Paulo: Editora Gráfica.

PASCHOAL, S. M. P. (2000) – Autonomia e independência. In: NETTO, Matheus Papaléo – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu. p.313-323.

PAÚL, M.C. (1996). - *A psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos.* Porto: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

PEDUZZI; M. (1998) - *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.* São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências Médicas. Tese de Doutoramento,

PEIXOTO, A.M. (1995) – O porto de mar de Viana do Castelo e o projecto de C. Marney de 1881. " *Cadernos Vianenses".* Viana do Castelo. Tomo 19, p.39-50.

PETITAT, A. (1989) – *Les infermières. de la vocation à la profession.* Montreal: Les Éditions du Boreal.

PIMENTEL, L. M. G.(2001) – *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias.* Coimbra: Quarteto Editora.

PIMENTEL, Luísa (2000) – Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso."*Geriatria".* Lisboa. Vol. 13, n.°125 (Maio), p.13-18.

PIMENTEL, Luísa (2001) – *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias.* Coimbra: Quarteto.

PINTO, V.F. (1999) – *Saúde para todos: desafios para uma acção pastoral.* Apelação: PAULUS.

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernadette P. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernadette P. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

POPPER, K. (1974) - *Conocimento objectivo.* Madrid : Ed. Tecnos.

POPPER, K. (1968) - *The logie of scientific discovery.* London: Hutchinson.

POPPER, K. (1969) – *Quest: na intellectual autobiography.* Glasgow: Fontana Papersbacks.

PORTO, S. M. (1994) – Interdisciplinaridade e saúde. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa, 12 (3), pp. 49-55.

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde do Norte. Serviços de Saúde do Alto Minho (2000) – *Saúde 99.* Gabinete de Organização e Tratamento de Dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo.

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde do Norte. Serviços de Saúde do Alto Minho (2000) – *Serviços de saúde do Alto Minho. Plano de acção 2000-2003.* Viana do Castelo.

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde do Norte. Serviços de Saúde do Alto Minho (2000) – *Relatório de actividades 2002.* Gabinete de organização e Tratamento de Dados da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1998) – *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século.* Lisboa: MS.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1999) – *Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002.* Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Secretário de Estado do Ensino Superior – *Despacho conjunto* – D. R. – II Série, n.º 44 (1985-02-22).

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Comissão Nacional de Apoio à Política da Terceira Idade (1996) – *Guia do idoso.* 3.ª ed. Lisboa: MSSS.

PORTUGAL. Observatório Nacional de Saúde (2002) – Há 8% de idosos a viver constantemente acamados. In: *Jornal de Notícias.* Porto. Nº318, ano 114, (15 Abril).

PRIGOGINE, I. (1996) – *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza.* São Paulo: Ed. Unest.

QUARESMA, M. L. (Org.) 2004) – *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência.* Lisboa: Edições CESDET. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

QUÉAU, Philippe (2001) – Cibercultura e info-ética. In: *O desafio do século XXI. Religar os conhecimentos.* Lisboa: Instituto Piaget., p.405.

REDE PORTUGUESA de Cidades Saudáveis (2004): *Notícias*; N.º 8, (Julho/Setembro), p.3.

REIDY, M.; MERCIER, L. (2000) – A triangulação. In: FORTIN, Marie-Fabienne- *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

RENAUD, Isabel (1994) – Os desafios da mulher na viragem do milénio. " *Brotéria*". Lisboa. p. 79-95.

RIBEIRO, J. L. Pais (1999) – Escala de satisfação com o suporte social. In: *Análise Psicológica.* Lisboa: Série XVII, n.º 3 (Julho-Setembro) pp. 547-548.

RIBEIRO, L. F. (1995) – *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral.* Lisboa: Educa.

RODRIGUES, R.; DIOGO, M. J. (org.) (1997) - *Como cuidar dos idosos.* S. Paulo: Papirus Editora.

RODRÍGUEZ, P. (1992) - Investigaciones y estúdios básicos para la definición de la política nacional para las personas mayores en España In: *Sociologia de la vejez.* Madrid:UDP., p. 45-52.

RODRÍGUEZ, G. (1997) - *Participación social de las personas mayores.* Madrid: INSERSO.

ROMERO, A. (1991) – *Metodologia de análise de conteúdo.* Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

ROSA, M. J. V. (1996) – O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. In: BARRETO. A.- *A situação social em Portugal, 1960-1995.* Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa.

ROSA, M. J. V.(1996) – *O envelhecimento da população portuguesa.* Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. (Cadernos de Público; 3).

SAEZ, N. (1987) - *La tercera edad: un acercamiento teórico y algunas implicaciones.* Valencia: Promolibro.

SAN MARTÍN, H. (1997) - Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano. " *Gerontología y Salud*". Madrid. Vol. 1, nº.12, p. 21-58.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1989) – *Introdução a uma ciência pós*-moderna. Porto: Afrontamento.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1993) – *Um discurso sobre as ciências.* 6ª. ed. Porto: Afrontamento.

SANTOS, Boaventura de Sousa (2000) – *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da* experiência. Porto: Afrontamento.

SANTOS, J. M. O. (2002) – *Parceria nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente.* Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

SANTOS, M. A. B. C. L.(1993) – *Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária: um estudo de caso.* Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

SCHÖN, D. (1992) – *La formación de profissionales reflexivos.* Barcelona. Paidós.

SCHON, D. (1998) - *El profissional reflexivo: como piensan profissionales cuando actúan.* Barcelona: Paidós.

SÉRGIO, Manuel (et al) (1999) – *O sentido e acção.* Lisboa: Instituto Piaget.

SÉRGIO, Manuel (1999) – *Um corte epistemológico: da educação física à motricidade humana.* Lisboa: Instituto Piaget.

SÉRGIO, Manuel (2003) – *Alguns olhares sobre o corpo.* Lisboa: Instituto Piaget.

SILVA, J.M.C. da (1991) – Editorial: perspectivando em saúde pública. " *Revista portuguesa de saúde pública".* Lisboa. Vol. 9, n.º 1 (Jan. – Mar.), p.3-4.

SILVA, J.M.C. da (1991) – Editorial: Saúde pública ecológica."*Revista portuguesa de saúde pública".* Lisboa. Vol. 9, n.º 2 (Abr. – Jun.), p. 3-4.

SIMÕES, Maria da Conceição S. L. (1997) - *Cuidados aos idosos: a realidade da prática.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado

SOCZKA, Luís (1988) - Viver (n) a cidade. "*Psicologia".* Lisboa. vol. 6, nº. 3, p. 11-17.

SPIRDUSO, Waneen, W. (2005) – *Dimensões físicas do envelhecimento.* São Paulo: Manole.

SQUIRE, Anne (2004) – *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática.* Loures: Lusociência.

STANHOPE, Márcia; LENCASTER, Jeanette (1999) – *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa: Lusodidata.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002) – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista.* 2.ª ed. Loures: Lusociência.

STUART-HAMILTON, I. (2002) – *Psicologia del envejecimiento.* Madrid: Morata.

SUBTIL, C. L. L. (1995) – *A família, a criança com doença grave e os pedidos expressos em cuidados de enfermagem: subsídios para a formação dos enfermeiros de saúde infantil e pediátrica.* Porto: Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado

TAVARES, Luís Valadares [*et al.*] (2002) – *Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança.* Lisboa: Oficina do Livro.

TOURAINE, A. (1965) - *Sociologie de l'action.* Paris : Seuil.

TOURAINE, A. (1974) - *Pour la sociologie.* Paris : Seuil.

TOURAINE, Alain (1998) - *Libertà, uguaglianza, diversità : si può vivere insieme ?.* Milão : II Saggiatore.

VALA, J. (1986): A análise de conteúdo. *In:* SILVA, A.; PINTO, J. (org.) - *Metodologia das ciências sociais.* 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

VALA, Jorge (1986) – A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira – *Metodologia das ciências sociais.* 6ª ed. Porto: Edição Afrontamento.

VERÍSSIMO, C. M. F. (2001) - *Envelhecer em família: qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio. Contributo para uma intervenção multidisciplinar.* Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra .Dissertação de Mestrado

VIANA DO CASTELO. Câmara Municipal (2000) – *Viana do Castelo – cidade saudável. Plano de desenvolvimento em saúde.* Viana do Castelo.

VIANA DO CASTELO. Câmara Municipal (2002) – *Planear para desenvolver.* Viana do Castelo: Conselho Local de Acção Social.

VIEIRA, A. (et al) (2000) – A pessoa idosa no Distrito de Viana do Castelo: que realidades? In: *Trajectos e Projectos.* N.º 2, Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo.

VIEIRA, A. C. M. L. (2003) - *Qualidade de Vida e Suporte Social dos Idosos em Ambiente Institucional: Contributos da Bioética.* Porto:

faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado

WATSON, J. (1985) – Nursing, the philisophy and science of caring. Colorado: Colorado Associate Press.

WEITZNER, Michael et al. (2000) – The family caregiver of the older câncer patient. " *Hematology / Oncology Clinics of North America*" Vol. 14, nº 1, p.269-281.

WHO (1986) - *Ottawa charter for health promotion.* Geneve: WHO

WHO (1999) - *Health for all in the twenty-first century*. Geneve: WHO

WIGLEY, M.; in SCHNITMN, D. F. (org.) (1996) - *Novos paradigmas, cultura e subjectividade.* Porto Alegre: Artes Médicas.

WIGLEY, M.; in SCHNITMN, D. F. (org.) (1996) - *Novos paradigmas, cultura e subjectividade.* Porto Alegre: Artes Médicas.

WILKIN, David; HALLAM, Lesley; DOGGETT, Marie-Anne (1994) – *Medidas de necessidade e resultados em cuidados de saúde primários.* Lisboa: (Documento de trabalho não publicado).

ZIMERMAN, G. I. (2000) – *Velhice:. aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: ARTMED.

ANEXOS

ANEXO I

Pedidos de colaboração

Exmº Senhor
Coordenador da Sub-Região de Saúde
De Viana do Castelo

20/3/2002

MANUEL JOSÉ SOARES
Coordenador

Maria Ermelinda Ribeiro Jaques, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, encontrando-se a realizar o doutoramento no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, na Universidade do Porto, sob orientação do Professora Doutora Zaida Azeredo e sendo o seu projecto de investigação no âmbito dos Idosos e Dinâmicas de Parceria, solicita a V.ª Ex. ª autorização para contacto com os Centros de Saúde do Distrito e realização de entrevistas exploratórias aos profissionais de saúde, no sentido de conhecer Programas de intervenção em Saúde do Idoso.

Com os melhores cumprimentos,

(Maria Ermelinda Ribeiro Jaques)

Viana do Castelo, 15 de Março de 2002

ARS DO NORTE
19.03.02 003521
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO

autorizo a dar
informar o Sr Director
C-Saúde de
V. Castelo
7/1/03

Ex.ma Sr.a
Coordenadora da Sub-Região de Saúde
de Viana do Castelo

ANA MARIA RIBEIRO
Coordenadora

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques,
professora Coordenadora da Escola Superior
de Enfermagem de Viana do Castelo, en-
contrando-se a realizar o doutoramento
no ICBAS, na Universidade do Porto, sob
a orientação do Prof. Doutor Saúde Azevedo
e sendo o seu projecto de investigação
no âmbito dos idosos domiciliados nas
quatro freguesias de Viana do Castelo
- Areosa, Meadela, Monserrate e St.ª Maria
Maior - solicita a V. Ex.cia autorização
para dar continuidade ao trabalho
que se intitula "Idosos e Dinâmicas
de Parceria".

Com os melhores cumprimentos
Viana do Castelo, 6 de Janeiro 2003
Maria Ermelinda M. Ribeiro Jaques

ARS DO NORTE
06.01.03 0000225
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE
VIANA DO CASTELO

ANEXO II

Ofício dirigido aos presidentes de Junta de Freguesias estudadas e Párocos

S. R.
JUNTA DE FREGUESIA
DE SANTA MARIA MAIOR

Rua Conde de Aurora, 689
TELEFONE 258824185
4900-443 VIANA DO CASTELO

EXMA SENHORA
MARIA ERMELINDA M. RIBEIRO JAQUES
RUA DO MIRANTE - NEIVA
(CASAL DE STA. MARIA)
4905 - 393 BARROSELAS

N/ Refª.: - 207/03 Data:- 2003/03/19

Exma. Senhora Enfermeira,

A Junta de Freguesia de Santa Maria Maior tem todo o prazer de verificar que ainda aparecem, isoladamente, pessoas que se preocupam a fazer diagnósticos de necessidades que bem desenvolvidas e direccionadas para as instituições que se ocupam destes assuntos, poderiam contribuir para elevar os níveis de vida dos mais idosos e porventura mais isolados e desprotegidos da sociedade.

É um assunto que só poderá ser desenvolvido em parceria com várias instituições de apoio aos idosos.

Infelizmente, a Junta de Freguesia não possui meios capazes de suprir algumas das necessidades diagnosticadas no trabalho que está a levar a cabo.

Pode contar com esta autarquia para as ajudas logísticas que necessite para levar a cabo as conclusões do trabalho que em boa hora iniciou.

Esperamos notícias sobre essas conclusões e anguramos-lhe felicidades no almejado doutoramento.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Junta,

(AMADEU MORAIS BIZARRO)

S. R.
UNTA DE FREGUESIA
E SANTA MARIA MAIOR
Rua Conde de Aurora, 689
TELEFONE 258824185
4900-443 VIANA DO CASTELO

CREDENCIAL

----- A Junta de Freguesia de Santa Maria Maior solicita que a portadora desta Credencial, D. MARIA ERMELINDA MIRANDA RIBEIRO JAQUES, Enfermeira Professora na Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, seja recebida com atenção e que lhe sejam prestadas as informações que pretende, pois está a realizar um trabalho do interesse de todos, no sentido da aquisição de melhores condições de vida.----------

----- Desde já, os melhores agradecimentos da Junta de Freguesia de Santa Maria Maior. ----------

------ Viana do Castelo, 14 de Março de 2002. ----------

O Presidente da Junta,

(Amadeu Morais Bizarro)

ANEXO III

Instrumento de colheita de dados – Questionário

QUESTIONÁRIO

I PARTE

N.º do processo:_____

Nome:_____

Sexo: ☐ 1 Masculino ☐ 2 Feminino Data de Nasc. __/__/__ Idade____anos

Endereço:_____

Telef:_____ Freguesia: ☐ 1 Areosa ☐ 2 Meadela ☐ 3 Monserrate ☐ 4 S.ta Maria Maior

Estado civil: ☐ 1 Solteiro ☐ 2 Casado ☐ 3 União de facto ☐ 4 Divorciado ☐ 5 Separado ☐ 6 Viúvo

Religião: ☐ 1 Católica ☐ 2 Ateu ☐ 3 Protestante ☐ 4 Testemunha de Jeová ☐ 5 I. Evangélica do Reino de Deus ☐ 6 Outra

Módulo:____ Médico de família: ☐ Enfermeiro de família: ☐

Com quem vive: _____

Prestador de cuidados: _____

Habitação: ☐ 1 Primária ☐ 2 Substituição

Tipo de casa: ☐ 1 R/C ☐ 2 Escadas ☐ 3 Elevador

Nível de instrução: ☐ 1 Curso Superior ☐ 2 Curso médio ☐ 3 7.º Ano ☐ 4 5.º Ano ☐ 5 2.º Ano ☐ 6 Instrução primária completa ☐ 7 Instrução primária incompleta ☐ 8 Sabe ler/escrever ☐ 9 Analfabeto

Ocupação/profissão anterior: _____

Actividade/ocupação actual: ☐ 1 S/ ocupação
☐ 2 Distracção
☐ 3 Actividade remunerada

Fonte de rendimentos: ☐ 1 Reforma
☐ 2 Pensão social
☐ 3 Rendimentos
☐ 4 Reforma e outras ajudas
☐ 5 Reforma e rendimentos
☐ 6 Pensão social e outras ajudas

Necessita de ajudas técnicas ☐ 1 Sim
☐ 2 Não

Quais? _____

Já as possui? _____

Qual a entidade/instituição que apoiou? _____

II PARTE

Questões abertas

1. Observação do estado mental?

2. Onde gostaria de viver?

3. Que cuidados necessita?

4. Sente-se bem com a ajuda dada? Com o que lhe fazem?

5. Que mais o preocupa?

6. Alguma vez precisou de chamar o enfermeiro(a) a casa?

   Qual foi o motivo?

   Veio em tempo útil?

7. Quando precisa dos serviços de saúde a quem e onde recorre?

8. Satisfação do prestador de cuidados?

ANEXO IV

Escala de Barthel

Escala de Bartell (Assinalar c/ circulo)

Alimentação

10 Independente – Capaz de usar qualquer instrumento.
5 Ajuda – Necessita ajuda para cortar, barrar com manteiga, etc
0 Dependente

Banho

10 Independente – Toma banho ou duche. Entra e sai do banho sem ajuda
5 Ajuda – Necessita ajuda, mas pelo menos metade das tarefas realiza-as em tempo útil
0 Dependente

Vestir

10 Independente – Veste-se despe-se aperta a roupa e aperta os sapatos
5 Ajuda – Necessita ajuda, mas pelo menos metade das tarefas realiza-as em tempo útil
0 Dependente

Higiene Pessoal

10 Independente – Lava a cara, mãos e dentes. Penteia-se e barbeia-se
0 Dependente

Defecação

10 Continente – Não apresenta episódios de incontinência
5 Incontinente ocasional – Episódios ocasionais de incontinência
0 Incontinente

Micção

10 Continente – S/ episódios de incontinência; se usa sonda ou fralda fá-lo sozinho
5 Incontinente ocasional – Episódios ocasionais de incontinência – Necessita ajuda no uso da sonda ou fralda
0 Incontinente

Casa de Banho

10 Independente – Usa a retrete, senta-se, levanta-se sozinho ou com barras. Limpa-se e veste-se sozinho
5 Ajuda – Necessita ajuda para manter o equilíbrio, limpa-se, pôr e tirar a roupa
0 Dependente

Mudança cadeira/cama

15 Independente – Não necessita de ajuda. Se usa cadeira de rodas, fá-lo independentemente
10 Ajuda mínima – Necessita ajuda mínima ou supervisão
5 Grande ajuda – É capaz de sentar-se mas necessita de muita assistência e supervisão
0 Dependente

Deambulação

15 Independente – Caminha pelo menos 50 minutos, independentemente, ou com ajuda de bengala, andarilho...
10 Ajuda – Pode caminhar pelo menos 50 minutos, mas com ajuda ou supervisão
5 Independente em cadeira de rodas – Empurra a sua cadeira de rodas, pelo menos durante 50 minutos
0 Dependente

Escadas

10 Independente – Sobe ou desce sem supervisão mesmo que use instrumento de apoio
5 Ajuda – Necessita de ajuda física ou supervisão para subir e descer as escadas
0 Dependente

Total
100 – gº I – Indep.
50 – 100 – gº II – pouco dep.
0 – 50 – gº III – muito dep.
0 – gº IV – tot

ANEXO V

Grelha do Índice da Qualidade de Vida

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

(Para cálculo do Índice QVI – DGCSP) – TOTAL _____

1 – Isolamento/comunicação afectiva e social

• Sem comunicação	0	
• Comunicação centrada no domicilio	2	
• Comunicação centrada na envolvente habitacional	5	
• Comunicação alargada ao mundo exterior	7	

2 – Mobilidade

• Sem mobilidade	0	
• Mobilidade com ajuda de outros	2	
• Mobilidade através de ajudas técnicas	4	
• Mobilidade sem ajuda	7	

3 – Actividade da vida diária

• Sem actividades	0	
• Actividades com ajudas de outros	2	
• Actividades através de ajudas técnicas	5	
• Actividades sem ajuda	7	

4 – Actividade Ocupacional

• Sem actividade	1	
• Com actividade esporádica	4	
• Com actividade regular	6	
• Actividade ocupacional remunerada	1	

5 – Actividade Lúdica

• Sem Actividade	0	
• Com actividade regular	5	
• Com actividade que dê resposta aos seus anseios	7	

6 – Relação familiar

• Sem relação familiar	1	
• Com participação familiar	4	
• Com integração familiar funcional	8	

7 – Recursos Econômicos

• Insuficientes	1	
• Suficientes para as necessidades básicas	4	
• Para além das necessidades básicas	7	

ANEXO VI

Ofício e questionário dirigido aos enfermeiros

Autorizado.

Ao cuidado do Sr. Enf. Humberto.

Dr. LUÍS PAULO ALMEIDA
Director do C. S. de Viana do Castelo
27-10-03

Ex.mo Sr. Director
Dr. Luís Paulo Almeida
Centro de Saúde de Viana do Castelo

Assunto: Pedido de colaboração

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques, enfermeira, professora coordenadora do quadro de pessoal da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar_ Universidade do Porto, vem desenvolvendo um trabalho de investigação sobre " **IDOSOS E DINÂMICAS DE PARCERIA – Contributos para uma velhice bem sucedida"** nas quatro freguesias da cidade de Viana do Castelo (Areosa. Meadela. Monserrate e Santa Maria Maior) área de abrangência desse Centro de Saúde.
Pretendo analisar a importância dada à **Visita Domiciliária (V.D.)** como acto de enfermagem, indispensável na identificação e resolução das reais necessidades do indivíduo idoso e como forma de assegurar a responsabilidade do enfermeiro na consolidação de uma cidade com mais e melhor qualidade de vida. Assim, venho solicitar autorização para lançar o questionário anexo a todos os enfermeiros que trabalham nesse Centro de Saúde.
Logo que me seja autorizado, combinarei com a chefia de enfermagem a melhor forma de concretizar esta estratégia sem que haja algum prejuízo para a funcionalidade dos vossos serviços.
Pela exiguidade de tempo dos trabalhos académicos, atrevo-me a pedir uma resposta tão rápida quanto possível e também as melhores diligências no sentido da concretização deste pedido.

Com os melhores cumprimentos, pessoais

Viana do Castelo, 27 de Outubro de 2003
Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

Para contacto:
Rua do Mirante – Neiva
4905/393 Barroselas
Telef. 258773459 ou 962475127
ermelinda_jaques@ mail.pt

Ex.mo(a) Sr.(a) Enfermeiro(a)

Chamo-me Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques, sou enfermeira, professora coordenadora do quadro de pessoal da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
No âmbito do trabalho de investigação que venho desenvolvendo, pretendo analisar a importância dada à **Visitação Domiciliária (V.D.)** como acto de enfermagem indispensável na identificação e resolução das reais necessidades do indivíduo idoso e como forma de assegurar a responsabilidade do enfermeiro na consolidação de uma cidade com mais e melhor qualidade de vida. Assim, necessito da sua colaboração no preenchimento do questionário anexo. A grande maioria das perguntas são questões fechadas que não necessitam muito tempo no seu preenchimento. Gostaria no entanto, de poder colher as suas preciosas informações nas respostas abertas.
Não coloque identificação no questionário.
Por favor, feche no envelope que acompanha o questionário e entregue à Sra. Enfermeira Chefe até 15 de Novembro p.f.
Fico-lhe muito grata pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, 27 de Outubro/2003

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

Para Contacto:

Rua do Mirante – Neiva
4905/393 Barroselas
Telef. 258773459 ou 962475127
Ermelinda_jaques@mail.pt

QUESTIONÁRIO

Nota Introdutória

Por favor, assinale com uma cruz (X) no quadrado, onde melhor se adequa a sua resposta, ou preencha o espaço destinado à informação que lhe solicito.
Coloque neste preenchimento a seriedade que o mesmo exige, sem a qual não consigo retirar conclusões válidas e que possibilitem de alguma forma contribuir para a finalidade do trabalho.

1 - Sexo
- Masculino ☐
- Feminino ☐

2 – Idade _____ anos

3 - Estado civil
- Solteiro ☐
- Casado ☐
- União de facto ☐
- Divorciado ☐
- Separado ☐
- Viuvo ☐

4 – Em que ano terminou a sua formação inicial? No ano de _____.

5 - Em que ano iniciou a actividade profissional? No ano de _____.

6 - Qual ou quais as habilitações profissionais que possui? (Poderá assinalar mais que uma resposta).

- Curso de Enfermagem Geral ☐
- Curso de Bacharelato em Enfermagem ☐
- Curso de Licenciatura em Enfermagem ☐
- Curso de Complemento de Formação em Enfermagem ☐
- Curso de Especialização em Enfermagem ☐
- Curso de Estudos Superiores Especializados em Enf. ☐

7 - Ás seguintes actividades de enfermagem atribua numeração de 1 a 5 de acordo com o gosto com que as realiza: (1 significa menos e 5 significa mais gosto).

- Visita Domiciliária ☐
- Tratamentos, pensos e injectáveis ☐
- Sessões de Educação para a Saúde em grupos ☐
- Entrevista/Educação para a Saúde individual ☐
- Vacinas e inoculações ☐

8 - Às seguintes actividades de enfermagem atribua numeração de 1 a 5 de acordo com a frequência com que as realiza: (1 significa menor e 5 significa maior frequência).

- Visita Domiciliária ☐
- Tratamentos, pensos e injectáveis ☐
- Sessões de Educação para a Saúde em grupos ☐
- Entrevista/Educação para a Saúde individual ☐
- Vacinas e inoculações ☐

9 - Às seguintes actividades de enfermagem dirigidas a grupos indique de 1 a 6 a preferência com que as realiza: (1 significa menos e 5 significa mais preferência).

- Dirigido ao RN ☐
- Dirigido à criança ☐
- Dirigida ao adolescente ☐
- Dirigida à grávida ☐
- Dirigida ao idoso ☐
- Dirigida a outros grupos ☐

10 - A organização/distribuição do plano de trabalho diário do enfermeiro é feita para:

- Cada dia ☐
- Cada semana ☐
- Cada mês ☐

11 - Como define a organização funcional do Centro de Saúde onde trabalha:

- Por actividades ☐
- Por equipa (módulo) ☐
- Por projectos ☐

12 - Em média quantas visitas domiciliárias realiza por semana? _____ VD (s)

13 – Como está organizada a V.D?

- Por área geográfica ☐
- Por módulo/equipa ☐
- Por distribuição do plano de trabalho ☐

14 – Como é determinada a necessidade de V.D.?

- A pedido do utente ☐
- Por livre iniciativa do enfermeiro ☐
- Por indicação médica ☐
- Outra ☐

15 - As visitas domiciliárias que concretiza têm por finalidade:

- Diagnóstico de Saúde Familiar ☐
- Rastreios ☐
- Promoção da Saúde ☐
- Cuidados básicos de enfermagem ☐
- Curativa ☐
- Apoio a idosos ☐
- Diagnóstico de Sócio Sanitário ☐
- Outra ☐

16 - Qual a importância que atribui à Visita Domiciliária? Assinale com um circulo, na escala seguinte, o número que melhor se adapta à sua resposta:

Nenhuma	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

17 - Refira uma das suas dificuldades na realização da visita domiciliária:_____

_____

18 - Sempre que realiza uma V.D., justifica-a:

- Pelo diagnóstico de enfermagem ☐
- Por prescrição médica ☐

19 - Faz registos de V.D.?

- Não ☐
- Sim ☐

Se respondeu sim, onde são feitos os registos?_____

_____

20 - Quando cancela uma V.D. fá-lo por:

- Dificuldade de meios materiais para a sua realização ☐
- Distância do centro ao domicílio ☐
- Outra ☐

21 - Integra ou colabora em algum projecto do Centro de Saúde?:

- Não ☐
- Sim ☐ Qual? _____

_____

Muito obrigado pela colaboração

oferta 25/10/06

BIBLIOTECA
DO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
"ABEL SALAZAR"