

O DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DOS RECURSOS NA CONSTRUÇÃO DE CIDADE SAUDÁVEL

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

Enfermeira

Doutora em Ciências de Enfermagem / Instituto de Ciências Biomédicas

Abel Salazar – Universidade do Porto – Portugal

Diretora do Conselho Diretor da Escola Superior de Enfermagem do

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ErmelindaJaques@esenf.ipvc.pt

NOTA INTRODUTÓRIA

Diz-nos a história que, ao longo dos anos, os fluxos migratórios da população deslocavam-se do meio 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 na procura de melhor emprego e melhor remunerado, tanto na indústria como nos serviços, proporcionadores de uma maior mobilidade social e melhores condições de vida. Com o afluxo crescente de pessoas para a cidade, pela atração de melhores salários e de melhores condições de vida proporcionadas pelo meio citadino, lamentavelmente, a qualidade de vida foi diminuindo, tornando-se insuportável a degradação do ambiente e das condições de habitabilidade. 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.

Os anos 70 e 80 do século passado, 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 processo de crescimento urbano foi apresentando diferentes aspectos ao longo dos séculos, tanto nos países mais industrializados como nos países 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? Como se ajustou a cidade às alterações demográficas, no sentido inclusivo de cidade para todos? Como afirma Le Corbusier (1995, p. 22) “É necessário tornar a obra humana solidária com a obra natural”.

A estas preocupações a OMS tem procurado dar resposta com novas orientações sobre a política de saúde, no sentido da 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, com a forte convicção de que a resolução dos problemas dos meios urbanos passa por intervenções pluri-sectoriais, participativas e negociadas.

São três, os pilares fundamentais, onde assenta a SAÚDE, preconizada pela OMS:

- Modificação dos estilos de vida
- Melhoria do ambiente
- Reorganização dos sistemas de cuidados

O primeiro é da responsabilidade de cada um. Os outros dois terão de ser perspectivados com a intervenção de outros agentes políticos e sociais, mas também, com o esforço de todos e cada um. E, aqui, os profissionais de saúde são o elo mais importante para uma "*sociedade sã, uma Administração sadia e uma política saudável*", no dizer do professor Caldeira da Silva (1992).

O projecto "Cidades Saudáveis" foi promovido e lançado pela OMS a partir de uma ideia apresentada numa reunião em Toronto que data de 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", 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.

Este projecto de Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde integra já meio milhar de cidades em toda a Europa. É um movimento para afirmar 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.

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 desde 1997.

Sendo o envelhecimento demográfico uma realidade em todo o mundo, a cidade onde resido – Viana do Castelo – não é excepção e, as respostas sociais ainda não resolvem grande parte das necessidades apresentadas pelo grupo dos mais idosos. O envelhecimento constitui um problema prioritário de saúde pública, e exige intervenções que permitam melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas.

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 a este grupo populacional. 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.

É junto da população, na família e nos grupos que melhor poderemos 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 do bem-estar. O enfermeiro (e eu sou enfermeira) é um profissional educador (educação para a saúde) sobre a adopção de estilos de vida saudáveis, actuando cada vez mais em contextos alargados. 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.

Os desígnios de “*Saúde um Compromisso – Estratégia da Saúde para o virar do Século 1999-2002*” do Ministério da Saúde, documento com directivas de política social, onde se incluía Envelhecer – Autonomia e bem-estar das pessoas idosas, constituiu o apelo, à orientação do estudo que desenvolvi no âmbito do meu doutoramento. Tornou-se importante conhecer as necessidades reais dos idosos a viver em domicílio primário ou de substituição, as redes de apoio em saúde e socioculturais 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.

Conduziu-me 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.

A abordagem desta temática insere-se nos resultados de um trabalho de investigação no âmbito do doutoramento, intitulado “*Idosos e dinâmicas de parceria, contributos para uma velhice bem sucedida*” cujos eixos estruturantes – ENFERMAGEM, IDOSO, REDES SOCIAIS – baloiçaram numa relação dialéctica entre o real e o possível de um “projecto – esperança” de CIDADE SAUDÁVEL.

Para dar conta do trabalho realizado, estruturei esta apresentação da seguinte forma:

- ▶▶ Da problemática aos objectivos do estudo
- ▶▶ Quadro teórico (sucinto)
- ▶▶ Opções metodológicas
- ▶▶ Os principais resultados
 - ▶▶ De conclusões a propostas

1. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DE ESTUDO

Nos últimos decénios tem-se assistido a uma mudança radical da sociedade, “...*uma camuflada explosão de desigualdades...*” (Paiva, 2004, p. 12), perderam-se alguns valores e identificaram-se outros que nem todos interiorizam, levando, por vezes, aos chamados conflitos de gerações.

Os idosos, pessoas vulneráveis, susceptíveis de deterioração física, facilmente perturbados pelas crises sociais, com problemas que, 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 minhas preocupações.

- ☛ O conjunto de preocupações e reflexões emergentes do meu trajecto profissional:
- ☛ A continuidade de um trabalho realizado anteriormente, integrado no programa Viana do Castelo Cidade Saudável, intitulado “*Projecto de Intervenção Comunitária na Área dos Idosos*”.
- ☛ Dimensão social do envelhecimento no Distrito, com reflexos nos cuidados de Enfermagem.

Tornou-se importante conhecer as necessidades reais dos idosos na realidade que envolve o nosso mister profissional e levou-me, também, a procurar e identificar as contribuições das parcerias na qualidade de vida dos idosos.

Baseada nesta problemática formulei, então, as seguintes questões de partida:

- Como aceita e integra a família o seu idoso?
- Qual a intervenção dos idosos no seu processo de vida e saúde?
- Qual o envolvimento da comunidade para um envelhecimento saudável com qualidade de vida?

Tracei como objectivo geral compreender as dinâmicas de parceria no CUIDAR de idosos não institucionalizados.

Daqui resultaram os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer as necessidades reais dos idosos no domicílio primário ou de substituição

- Identificar as redes de apoio em saúde e socioculturais
 - Compreender as dinâmicas das parcerias de apoio
 - Percepcionar a satisfação do prestador de cuidados
 - Reconhecer as estratégias existentes para facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde
 - Compreender o papel do enfermeiro para assegurar cuidados de qualidade
- E, tracei como FINALIDADES DO ESTUDO, contribuir para:
- O conhecimento das necessidades e expectativas dos idosos da cidade de Viana do Castelo
 - Melhorar a qualidade de vida dos idosos
 - Reorientar o papel da Enfermagem no cuidar dos idosos

A contextualização teórica permitiu aprofundar conhecimentos de áreas importantes para o estudo, no triângulo aglutinador das minhas preocupações – Enfermagem, Idoso e Redes Sociais – procurando contextualizar as exigências preconizadas pela OMS para a Rede de Cidades Saudáveis, a que pertence a cidade de Viana do Castelo desde 1997.

2. QUADRO TEÓRICO

O quadro teórico situou-se nos eixos estruturantes – ENFERMAGEM, IDOSO, REDES SOCIAIS e CIDADE SAUDÁVEL.

Debrucei-me sobre as questões epistemológicas para melhor interiorizar o ser enfermeiro e de alguns conceitos básicos que serviram de orientação:

A ENFERMAGEM:

Definida 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 os conhecimentos necessários (Virgínia Henderson, 1996).

A Enfermagem é uma ciência humana que se ocupa do cuidar, orientada para funções específicas, autónomas e interdependentes de um colectivo profissional, necessitando da coesão entre saberes diferentes e da complementaridade de cada elemento da equipa de saúde, permitindo uma melhor compreensão das dimensões envolvidas na atenção ao utente. Assim se entende a interdisciplinaridade.

É necessário libertar o sentido da exclusividade técnico-científica de grupos profissionais isolados, já que as problemáticas de saúde estão cada vez mais ligadas aos estilos de vida, aos modelos de organização social, às formas de urbanização, entre outros. Capra, assinala “...a evolução humana progride através de uma interacção dos mundos interno e externo, dos indivíduos e das sociedades, da natureza e da cultura” e, é na integração de todos os saberes que “...melhor podemos sintetizar a unidade expressiva da pessoa humana”, como afirma Manuel Sérgio.

A interdisciplinaridade, tem de ser assumida como uma exigência no cuidar do idoso, sendo que para entender a natureza humana é necessário integrar e compreender as suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais.

À Enfermagem exige-se um papel de articulação e liderança na equipa de cuidados ao idoso; de negociação com o médico, com o idoso, com familiares, com ajudantes de apoio, com voluntários...para a gestão da trajectória de cada pessoa, num contínuo harmonioso; de autonomia e de decisões partilhadas, na sequência da interdisciplinaridade.

O IDOSO:

Utilizei a palavra Idoso ao longo de toda a tese, cujo conceito socialmente estabelecido de indivíduo com mais de 65 anos.

REDES SOCIAIS DE APOIO AO IDOSO

Conjunto de respostas sociais existentes, dirigidas aos problemas deste grupo etário e que incluem a família, os cuidadores formais e informais e as instituições: políticas, religiosas, sociais e de saúde.

A CIDADE SAUDÁVEL:

A cidade saudável pressupõe o envolvimento de todos na construção da saúde, através da modificação dos estilos de vida, da melhoria do ambiente, da reorganização dos sistemas de saúde.

Porque acredito que Cidade Saudável passa, sempre, pelo bem-estar do idoso e por uma cidadania que tem, forçosamente, que o envolver. “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 Contexto, WHO health Cities Papers, n.º 1, Copenhagen, 1988)

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS/CAMINHO DE INVESTIGAÇÃO

Mantive, sempre, a preocupação de situar o estudo num paradigma eclético (ecológico, compreensivo, sistémico), permitindo maior flexibilidade e aproximação ao mundo complexo dos idosos. Procurei seguir um Paradigma qualitativo, próximo de um modelo inter-accionista, que eu designei por **ESTUDO DE CASO**

O estudo de caso permite:

- Retratar a realidade de forma completa e profunda;
- Utilizar dados provenientes de várias fontes;
 - Dar ênfase à interpretação dos dados localizados num contexto específico.

Este estudo foi desenvolvido em quatro de cinco freguesias que integram o perímetro da cidade de Viana do Castelo, cujo terreno de pesquisa se situou na população idosa desse perímetro urbano, num total de 5087 indivíduos.

Uma das freguesias foi eliminada por já ter trabalhos desenvolvidos no âmbito dos idosos e foram utilizadas como espaço de testagem dos instrumentos de recolha de dados, dadas as características de aproximação com a população estudada.

Do número total de idosos residentes na cidade, foram eliminados 586 por não reunirem os critérios de inclusão na amostra. Residiam em instituições geriátricas e não em âmbito domiciliar. Assim, a população alvo totalizou 4984 idosos.

O tamanho da amostra – 499 – foi obtido por amostragem aleatória sistemática, dentro de cada freguesia, com uma amplitude do valor 10.

Utilizei os seguintes **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**:

- Indivíduos que completavam 65 anos a 31 de Dezembro de 2002
- Inscritos no Centro de Saúde de Viana do Castelo
- Idosos a residirem em domicílio.

Foram utilizados vários **instrumentos de recolha de dados**, seleccionados de acordo com os destinatários:

►► **Dirigidos a idosos no seu domicílio**

Um Questionário de avaliação sócio-demográfica e percepção de necessidades

A Escala de Barthel

E Grelha de Avaliação do Índice de Qualidade de Vida do Idosos (IQVI)

Foi também elaborado um Diário de Bordo, para recolha de elementos sociais e humanos, com os quais deparava e que foram fundamentais para melhor perceber e analisar a complexidade dos fenómenos em causa.

►► **Dirigidos a familiares e /ou cuidadores**

Uma Entrevista ao cuidador e um Questionário para estudo da intervenção do enfermeiro na comunidade

►► **Dirigidos a informantes privilegiados, foi feita uma Entrevista**

O tratamento de dados constou, essencialmente, de uma análise qualitativa complementada por análise quantitativa, meramente descritiva.

Recorri a técnicas qualitativas e quantitativas em conformidade com os vários instrumentos de recolha de dados:

- As questões fechadas foram codificadas e integram a base de dados, submetendo-as a análise estatística descritiva.

- As questões abertas e semi-abertas foram submetidas a análise de conteúdo.

4. RESULTADOS

Da análise dos dados retirei vários resultados conclusivos que tentei agrupar e dos quais saliento:

► 1.º Resultado – A realidade sócio-demográfica evidencia:

- Relativa predominância do sexo feminino na população, na amostra e nos inquiridos por freguesia.
- Alguma predominância do sexo feminino em cada classe de idades, mas sobretudo no grupo dos 85 e mais anos.

- 13,8% têm necessidade de cuidador
- 16,6% de idosos vivem sós. Destes a maioria são mulheres (86,7%).
- 90,2% vivem na residência habitual
- A acessibilidade à habitação é feita por escada em 57,3% dos casos.

► 2.º Resultado – Há uma vontade determinada do idoso em manter-se no seu domicílio de permanência

- 95,2% afirmam não querer sair da sua casa.
- 90,2% vive na sua casa, com familiares.
- 9,8% vive em domicílio de substituição.

► 3.º Resultado – A necessidade de relações sócio-afectivas parece influenciar, de forma expressiva, a qualidade de vida:

- 2,2% sem comunicação/relação.
- 13,4% com deficit na relação familiar.
- 54,9% sem actividade lúdica

(Dados da grelha do IQVI)

Numa amostra de 499 idosos em que 16,6% indivíduos vivem só, sendo 86,7% mulheres – com isolamento ou ausência de comunicação e de relação familiar, com fraca mobilidade, sem 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.

► 4.º Resultado – As redes de apoio social/parcerias desenvolvem-se de forma pouco articulada, pouco visível socialmente e com fragilidades na adaptação às necessidades dos idosos.

O atendimento domiciliário integrado, nas situações encontradas é também uma das preocupações. Este recurso não é articulado com as instituições de saúde, deixando a descoberto a promoção, a prevenção e a resolução dos problemas de saúde: na identificação, no encaminhamento, na resolução, na avaliação e reintegração do idoso na família e comunidade. O estudo evidenciou:

- Projectos limitados ao atendimento de necessidades básicas (alimentação, higiene corporal/individual, higiene da habitação)
- Não atendimento ao fim de semana
- Necessidades de conforto e bem-estar desvalorizados
- Cuidados só uma vez por dia
- Apenas 2,8% beneficiam de protocolo.

► 5.º Resultado – Este estudo desoculta As fragilidades dos cuidados de saúde, expressando-se:

● Nas dificuldades de cuidados de enfermagem no domicílio:

- Por carência de autonomia do enfermeiro e falta de decisão partilhada
- Por programação restrita de domicílios e em dias fixos por semana

A determinação da necessidade de VD ocorre em 41,4% por indicação do médico.

Questionados, os enfermeiros do CS, sobre uma dificuldade para a realização da VD, 44,8% destes profissionais respondeu indisponibilidade.

Outras fragilidades dos cuidados de saúde expressam-se:

- Nas dificuldades de marcação de consultas
- No maior recurso ao serviço de urgência

► 6.º Resultado – A prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio apresenta-se como uma prática desestruturada e um agir não integrado.

Os cuidados são baseados na evidência.

As afirmações dos idosos e familiares desocultaram realidades dos cuidados de enfermagem domiciliários: As visitas domiciliárias têm de ser autorizadas pelo médico; e em 44,6% das situações, foram solicitados pelo idoso/família para cuidados ao idoso.

Saliento que, quando o enfermeiro foi chamado ao domicílio, em 41,1% não se concretizou a ida do enfermeiro. Não respondeu à solicitação.

► 7.º Resultado – Nos cuidados prestados por familiares, foi notória a insatisfação, o cansaço, a insegurança e 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.

Foi difícil entrevistar cuidadores, faltando no horário de prestação do cuidado, quando sabiam da minha presença.

5. DAS CONCLUSÕES ÀS PROPOSTAS

Desta síntese de resultados ressaltam quatro áreas de intervenção:

- ☛ Na área dos recursos sociais
 - ☛ Na área dos protocolos/parcerias
- ☛ Na área da reorientação da prática dos cuidados
- ☛ Na área da formação de enfermeiros e cuidadores
- Na área dos recursos sociais

A criação de Lar de Noite e de uma rede de suporte nocturno poderá constituir uma boa solução para idosos activos, que vivem sós e referenciam medos e receio da noite. A residência temporária permitiria algum equilíbrio para a família, possibilitando o descanso de situações de grande dependência.

No futuro (que deveria ter começado) a criação de uma rede virtual de suporte. Poderá possibilitar a comunicação, a distração e o lazer de muitos idosos.

►► Na área dos protocolos/parcerias:

Os protocolos/parcerias em cuidados têm de fundamentar-se na:

- Avaliação de necessidades
- Monitorização dos recursos existentes
- Avaliação dos projectos implementados
- Formação dos cuidadores

Estas medidas permitem que os Apoios Domiciliários Integrados, com protocolos de Atendimento Domiciliário Integrado a Idosos (ADII), sejam planeados/programados para os idosos e com os idosos, permitindo-lhes viver no seu ambiente familiar em melhores condições.

►► Na área da reorientação da prática dos cuidados

Dado que, hoje, as problemáticas de saúde estão, cada vez mais, associadas aos estilos de vida, aos modos de organização social, aos modelos de urbanização e a outros aspectos, os cuidados têm de ser repensados e dirigidos para o encontro de soluções saudáveis, em espaços de intervenção interdisciplinar. E, este cenário implica um trabalho de articulação, resultante de um esforço colectivo e assente no desenvolvimento de uma cultura organizacional em torno de princípios de participação, de complementaridade, de reflexão crítica, de intervenção formativa, partilhadas num verdadeiro trabalho em equipa. Autonomia, negociada, para permitir a decisão partilhada nos cuidados.

Será necessário, reforço uma vez mais, a reorientação da autonomia do enfermeiro:

- Na detecção de necessidades do indivíduo, família e comunidade;
- No encaminhamento e facilitação da resolução dos problemas de saúde;
- Na gestão do processo de saúde que deve situar-se, no caso dos idosos, por decisão partilhada.

Daí resultará:

- A visão policêntrica do Centro de Saúde
- Os cuidados de proximidade ao cidadão
- A referência na articulação com os cuidadores
- A autonomia e decisão partilhada

►► Na área da formação de enfermeiros e cuidadores

Repensar a responsabilidade social do ensino de enfermagem numa interligação dos processos formativos com as dinâmicas emergentes da comunidade, na perspectiva de processos formativos sustentados.

Dinamizar a escola como recurso formativo para o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde e dos cuidadores informais.

Poderão desenvolver-se parcerias com o Centro de Saúde, permitindo a execução de programas ao longo do tempo e não contextualizados, apenas, aos períodos estanques de ensinos clínicos. A escola tem de assumir-se como recurso formativo para o desenvolvimento das competências, quer dos profissionais de saúde quer de cuidadores informais. Tem de reorientar a formação e as práticas de enfermagem inscritas na política de uma cidade saudável.

Finalmente e, na linha de Anselm Strauss (sociólogo), ao enfermeiro atribui-se o papel de liderança na articulação negociada com os vários elementos da equipa de saúde, na gestão da trajectória do idoso, num contínuo harmonioso.

Este cenário envolve uma trama de negociação/articulação muito complexa, do qual se destacam alguns factores envolventes:

- O processo de envelhecimento;
- As organizações (familiares e outras) com os seus modos e recursos de funcionamento;
- A constituição, dimensão e formas de funcionamento instituídas nas equipas;
- Os meios tecnológicos ou ajudas técnicas;
- Os modos de trabalho em equipa, planeamento da trajectória, avaliação, a imprevisibilidade da dimensão do trabalho e, até, da trajectória.

Cabe à ENFERMAGEM liderar estes processos nos cuidados aos idosos, sem dominância sobre as outras profissões, com sentido de inclusão de todos, qualquer que seja o seu estatuto.

Coriolano Ferreira, no II Congresso Nacional de Enfermagem em 1981, defendia que muitos equívocos e querelas se poderiam evitar, reflectindo um pouco sobre a autonomia, independência, interdependência e dominância, para não cair em atitudes mais ou menos agressivas, as quais uma vez assumidas, são difíceis de controlar e anular. Seria a forma de libertar o sentido de exclusividade técnico-científica de grupos profissionais isolados e de partilhar modos de trabalho inovadores, negociados e interactivos.

Em saúde não existem profissões independentes, pois todas carecem do concurso de outras para conseguirem os objectivos que se propõem.

NOTA FINAL

A saúde das pessoas que vivem nas cidades é fortemente condicionada pelas suas condições de vida e de trabalho, pelo ambiente, físico e sócio/económico e pela qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde. È no local onde as pessoas vivem que se identificam os problemas e terá de ser no município que se desenvolvem os projectos estruturados com base nas necessidades em saúde sentidas pela comunidade e suportados numa vasta rede de parceiros estratégicos. È disso que se ocupa o Gabinete da Cidade Saudável de Viana do Castelo. Têm sido trabalhados temas centrais de intervenção prioritária, com planos de acção específicos como, o Envelhecimento Saudável, o Planeamento Urbano Sustentável, as Acessibilidades, o Envelhecimento Activo/Cultura da Idade, entre outros.

Promover a Saúde e a Qualidade de Vida nas Cidades constitui o âmago do PROJECTO CIDADES SAUDÁVEIS. É um movimento que procura posicionar a saúde num lugar cimeiro da agenda dos decisores e incrementar estratégias locais em prol da saúde e do desenvolvimento sustentável, baseadas nos princípios e objectivos da estratégia de Saúde para Todos no século XXI, conjugado pelo enriquecimento, mas também pelo esforço, de um árduo trabalho de parcerias.

Pensando nos idosos e no seu direito aos cuidados em saúde e à vida, é urgente reorientar “As dinâmicas de parceria como contributo para uma velhice bem sucedida”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGREDA, J. J. S., Almeida, M. L.F., et al. (1999) – *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

ANTUNES, M. (2000) – Saúde: eficiência e equidade. In: *Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Sociedade Editorial.

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

BERGER, Louise (1995) – Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle: *Pessoas idosa: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

BOFF, Leonardo (2000) – *Saber cuidar: ética do humano: compaixão da terra*. 5ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes, p. 33-34.

CAPRA, F. (2003) – *As conexões oculta: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix L.da.

CARNEIRO, R. (1997) – Educação para a cidadania e cidades educadoras. “*Brotéria. Cultura e Informação*”. [s.l.]. Vol.144, p. 391-413.

CATARINO, A. (2002) – Solidariedade e segurança social: da exclusão à integração. In: *Reformar Portugal: 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Sociedade Editorial.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

COSTA M. A. M (2002) – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.

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) – Ser idoso – abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. In: *Sinais Vitais*. N.º 55, pp. 34-37.

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

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.

REDE PORTUGUESA de Cidades Saudáveis (2004): *Notícias*; N.º 8, (Julho/Setembro), p.3.

SÉRGIO, Manuel (et al) (1999) – *O sentido e acção*. Colecção Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget.

SQUIRE, Anne (2004) – *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.