

Paula Alexandra Lima Catita

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA FACE
AO DOENTE IDOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Doutora Maria de Fátima Goulão

UNIVERSIDADE ABERTA

**LISBOA
2008**

Paula Alexandra Lima Catita

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA FACE
AO DOENTE IDOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Doutora Maria de Fátima Goulão

UNIVERSIDADE ABERTA

**LISBOA
2008**

“Haverá Poucas Realidades Tão
Universais Como o Envelhecimento”

António Fonseca

AGRADECIMENTOS

- À **Dra. Fátima Goulão**, que com todo o seu saber, a sua dedicação, a sua disponibilidade e o seu profissionalismo, me acompanhou e ajudou nesta tão importante caminhada.
- Ao **Meu Pai**, que quando eu queria desistir, foi a minha alavanca e possibilitou que o mundo voltasse a erguer-se, e eu continuasse.
- À **Minha Mãe**, pelas palavras meigas de compreensão e incentivo para continuar e por me escutar sempre que eu precisava.
- Ao **Meu Marido**, pela ajuda, compreensão e partilha de todos os momentos; percorrendo sempre este caminho comigo de mãos dadas.
- Às **Minhas Filhas Rita e Beatriz**, que acompanharam este trabalho desde o 1º minuto, ajudando com os seus sorrisos e as suas perguntas inocentes. Seres maravilhosos em quem deposito todos os meus sonhos e esperança.
- Aos meus **colegas** de trabalho pela ajuda dispensada, pela colaboração e incentivo na elaboração deste trabalho.
- Um Obrigado especial à Célia Tavares, à Natália Pereira, à Patrícia Pereirinha, à Teresa Costa, ao João Carvalho, ao Filipe Ferro e à Alexandra Santos, porque em alguma fase do percurso deste trabalho eles contribuíram com a sua opinião e com o seu saber.

A Todos o Meu Muito Obrigado

ÍNDICE GERAL

RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	14
1. <u>PROBLEMÁTICA DO ESTUDO</u>	14
2. <u>OBJECTIVOS DO ESTUDO</u>	15
3. <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	16
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 - <u>O ENVELHECIMENTO</u>	17
1.1 – CONCEITOS	19
1.1.1 Envelhecimento	19
1.1.2 Padrões de envelhecimento	22
1.1.3 Velhice	24
1.1.4 Idoso	25
1.2 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	25
1.3 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	30
1.3.1 Aspectos Demográficos em Portugal	31
1.4 – O IDOSO NA SOCIEDADE ACTUAL	38
2 - <u>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS /MITOS E ESTEREÓTIPOS</u>	43
2.1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	43
2.2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ENVELHECIMENTO	51
3 – <u>ENVELHECIMENTO E SAÚDE</u>	58
3.1 – CONCEITO DE SAÚDE	58
3.2 – ENVELHECIMENTO E SAÚDE	60
4 – <u>COMUNICAÇÃO</u>	63
4.1 – CONCEITO	63
4.2 – TEORIAS DE COMUNICAÇÃO	64
4.3 – COMUNICAÇÃO E ENFERMAGEM	72
CAPITULO III – ESTUDO EMPÍRICO	85
1. <u>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO</u>	85
1.1 - Caracterização do Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E.	85
1.2. – Caracterização do Serviço de Urgência	86
2. <u>METODOLOGIA</u>	89
2.1 – TIPO DE ESTUDO	89
2.2 – HIPOTÉSES DO ESTUDO	90
2.3 – AMOSTRA	90

2.4 – TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	91
2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	92
2.6 – PROCEDIMENTOS	93
2.7 – TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	97
2.7.1 ANÁLISE QUANTITATIVA	97
2.7.2 ANÁLISE QUALITATIVA	97
3 – <u>APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</u>	101
3.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO	101
3.1.1 Caracterização Geral da Amostra	101
3.2 ANÁLISE DOS FACTORES	105
3.3 RESULTADOS DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	111
3.3.1 Envelhecimento	113
3.3.2 Velhice	118
3.3.3 Velho	122
3.3.4 Idoso	126
4 – <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	130
4.1 TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	131
4.1.1 Envelhecimento	131
4.1.1.1 – Envelhecimento Físico	131
4.1.1.2 – Envelhecimento Psicológico	134
4.1.1.3 – Envelhecimento Social	137
4.1.2 Velhice	139
4.1.2.1 – Velhice Física	139
4.1.2.2 – Velhice Psicológica	141
4.1.2.3 – Velhice Social	143
4.1.3 Velho	145
4.1.3.1 – Velho (perspectiva física)	146
4.1.3.2 – Velho (perspectiva psicológica)	148
4.1.3.3 – Velho (perspectiva social)	150
4.1.4 Idoso	152
4.1.4.1 – Idoso (perspectiva física)	153
4.1.4.2 – Idoso (perspectiva psicológica)	154
4.1.4.3 – Idoso (perspectiva social)	156
4.2 ANÁLISE DOS FACTORES	159
5 – <u>CONCLUSÃO</u>	168

BIBLIOGRAFIA	174
---------------------	-----

ANEXOS	181
ANEXO I – Carta de Autorização de Aplicação do Estudo	182
ANEXO II – Modelo do Inquérito por Questionário	184
ANEXO III – Tabelas do Teste de Associação Livre de Palavras	190
ANEXO IV – Tabelas da Análise dos Factores	198

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Idade dos enfermeiros	101
Gráfico II: Factor 4 – A forma como encaramos as pessoas idosas influência a qualidade de vida destas	110
Gráfico III – Envelhecimento: percentagens por categorias	131
Gráfico IV – Envelhecimento Físico (percentagens por subcategorias)	132
Gráfico V – Envelhecimento Psicológico (percentagens por subcategorias)	134
Gráfico VI – Envelhecimento Social (percentagens por subcategorias)	137
Gráfico VII – Velhice: percentagens por categorias	139
Gráfico VIII – Velhice Física (percentagens por subcategorias)	140
Gráfico IX – Velhice Psicológica (percentagens por subcategorias)	141
Gráfico X – Velhice Social (percentagens por subcategorias)	143
Gráfico XI – Velho: percentagens por categorias	146
Gráfico XII – Velho (perspectiva física): percentagens por subcategorias	146
Gráfico XIII – Velho (perspectiva psicológica): percentagens por subcategorias	148
Gráfico XIV – Velho (perspectiva social): percentagens por subcategorias	150
Gráfico XV – Idoso: percentagens categorias	153
Gráfico XVI – Idoso (perspectiva física): percentagens por subcategorias	153
Gráfico XVII – Idoso (perspectiva psicológica): percentagens por subcategorias	155
Gráfico XVIII – Idoso (perspectiva social): percentagens por subcategorias	157

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA I – Pirâmides de idades, Portugal 1960-2000	33
FIGURA II – Esperança de vida segundo o sexo, Portugal 1960-2000	34
FIGURA III – Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal, 1960-2000	35
FIGURA IV – Índice de envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960-2000	35
FIGURA V – Distribuição da população idosa por concelhos, Portugal 2001	37
FIGURA VI – Modelo de comunicação de Shannon e Weaver	67

FIGURA VII – Modelo de comunicação de Jakobson	69
FIGURA VIII – As funções da comunicação	69

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – Sexo dos enfermeiros	102
QUADRO II – Habilitações académicas dos enfermeiros	102
QUADRO III – Tempo de profissão e tempo de serviço de urgência dos Enfermeiros	102
QUADRO IV – Fora do serviço de urgência contacta com pessoas idosas	103
QUADRO V – Âmbito do contacto dos enfermeiros com idosos fora do Serviço de urgência	103
QUADRO VI – Frequência com que os enfermeiros contactam com idosos fora do serviço de urgência, no âmbito pessoal	104
QUADRO VII – Frequência com que os enfermeiros contactam com idosos fora do serviço de urgência, no âmbito profissional	104
QUADRO VIII – Factor 1: Representações positivas face ao idoso	105
QUADRO IX – Factor 2: Representações negativas face ao idoso	107
QUADRO X – Factor 3: Cuidar do idoso	108
QUADRO XI – Dimensões e Categorias: Percentagens de Respostas	112
QUADRO XII – Envelhecimento: Dimensões, Categorias e Subcategorias	113
QUADRO XIII – Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Envelhecimento e sua relação percentual com as subcategorias	113
QUADRO XIV – Velhice: Dimensões, Categorias e Subcategorias	118
QUADRO XV – Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Velhice e sua relação percentual com as subcategorias	118
QUADRO XVI – Velho: Dimensões, Categorias e Subcategorias	122
QUADRO XVII – Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Velho e sua relação percentual com as subcategorias	122
QUADRO XVIII – Idoso: Dimensões, Categorias e Subcategorias	126
QUADRO XIX – Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Idoso e sua relação percentual com as subcategorias	126

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I – Resultados do teste de associação livre de palavras	191
TABELA II – Resultados da análise dos factores	199

RESUMO

O envelhecimento da população é uma das realidades mais concretas da actualidade, alvo de estudo e atenção constantes da nossa sociedade.

O envelhecimento deve ser encarado como uma etapa do desenvolvimento humano que comporta ganhos e perdas. As representações sociais relacionadas com os idosos conduzem a atitudes discriminatórias que estão essencialmente ligadas a ideias preconcebidas a mitos e a estereótipos.

Do ponto de vista metodológico, esta investigação teve como objectivo conhecer as representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso.

O estudo foi aplicado no serviço de urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. no Barreiro. Teve uma amostra de conveniência que abrangeu 38 enfermeiros que exerciam a sua actividade profissional há mais de uma ano, na área de prestação de cuidados de enfermagem.

Foi aplicado um inquérito por questionário que permitiu a caracterização da amostra e colher informações acerca das representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso, através de 32 questões fechadas e da aplicação de um teste de associação livre de palavras, com 4 palavras estímulo: Envelhecimento, Velhice, Velho e Idoso. Fez-se seguidamente uma análise quantitativa e qualitativa dos dados colhidos.

Os resultados obtidos sobre esta problemática revelaram que os enfermeiros inquiridos apresentam uma visão bipolar do doente idoso e do envelhecimento, onde o idadismo e os preconceitos relacionados com a idade coexistem com uma visão positiva do idoso e do envelhecimento, assente em conceitos que caracterizam um envelhecimento bem sucedido. Valorizaram maioritariamente as características negativas do idoso e do envelhecimento na sua vertente física, as características positivas da vertente psicológica e com um certo equilíbrio entre as características positivas e negativas da vertente social. Os enfermeiros foram também nas suas respostas de encontro a uma maior concordância com afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso.

Finalizamos com a sugestão de que os enfermeiros devem reavaliar o conjunto das suas atitudes e dos seus comportamentos bem como a rectidão de conhecimentos e das suas crenças sobre os idosos, a fim de melhorarem a sua actividade.

ABSTRACT

The ageing of the population is nowadays one of the most concrete realities, being a subject of study and constant attention in our society. Ageing should be regarded as a step in the human development which includes gains and losses. Social representations related to the elderly lead to discriminatory attitudes that are essentially linked to previous ideas, myths and stereotypes.

From the methodological point of view, this research aim was to ascertain the social representations of nurses who work in the emergency department towards the elderly patient.

The study was implemented in the emergency department of the Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE in Barreiro. It had a sample of convenience which covered 38 nurses who accomplished their jobs for more than a year in the area of providing nursing care.

A survey by means of a questionnaire was applied, what allowed the characterization of the sample and collected information about the social representations of the nurses from the emergency towards the elderly patient, through 32 closed question issues and the application of a test of free association of words, with 4 topics: Ageing, Old age, Old and Aged. An analysis of quantitative and qualitative data was done after that.

The results on this issue revealed that the nurses surveyed have a bipolar view of the elderly patient and ageing, where the prejudices related to age coexist with a positive view of ageing and the elderly, based on concepts that characterize a successful ageing. They emphasized mostly the negative characteristics of the elderly and ageing in their physical aspect, the characteristics of the positive psychological aspect and a balance between the positive and negative features of the social aspect. In their responses the nurses met a greater agreement with statements linked to a positive image of the elderly.

We would like to conclude with the suggestion that the nurses must reassess all their attitudes and their behaviour and the rectitude of knowledge and their beliefs about the elderly, in order to improve their performance.

O – INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é uma das realidades mais concretas da actualidade. O nosso país, tal como outros estados da Europa, está incluído como pertencente a um conjunto de países que são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que no passado foi acentuado. De acordo com NAZARETH (1994), todos estes factores foram ao longo dos últimos anos contribuindo para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um significativo envelhecimento da mesma.

As alterações demográficas do último século traduziram-se na modificação e, por vezes, inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população. Este veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (Programa Nacional para a Saúde dos Idosos, 2006).

O envelhecimento é cada vez mais encarado como uma etapa do desenvolvimento humano que comporta ganhos e perdas. Assim, a necessidade de aquisição de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e de como este influencia os indivíduos nas suas condições de vida, de saúde e de doença, ganha progressivamente mais pertinência e actualidade.

O envelhecimento da população mundial pode cada vez mais ser encarado como uma vitória da ciência, de medidas políticas, sanitárias e dos comportamentos humanos. É um fenómeno novo, e relativamente a este, mesmo os países tecnicamente mais avançados tentam ainda a procura de medidas de adaptação, tal como salienta a Organização Mundial de Saúde (1989). Neste sentido, de acordo com CABETE (1999), colocam-se aos profissionais de saúde desafios nos próximos anos, que serão no sentido de fornecer respostas dirigidas a uma população envelhecida, que terá como consequências uma maior percentagem de pessoas dependentes, com problemas de saúde e de ordem social, que necessitarão de vários sistemas de suporte e de cuidados.

Desta forma, o crescimento que se tem verificado na população idosa dos países industrializados, onde a esperança de vida tem vindo a crescer, torna

particularmente actual a preocupação acerca da problemática do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos. Torna-se notório também que, é exactamente nos povos com maior esperança de vida, que mais se encontra o conceito de que a pessoa idosa surge muitas vezes como um ser “desvalorizado”. Vindo, assim, a esquecer-se que, a verdadeira riqueza de um grupo humano que não se resume apenas aos valores utilitários e produtivos, mas também, e principalmente, aos valores essencialmente humanos, como: valores de entrega, sabedoria, experiência, bondade, entre outros tanto ou mais importantes que os referidos.

A problemática do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos é muitas vezes afectada por ideias preconcebidas comuns, mas na sua maioria erradas. Associa-se frequentemente a velhice, nos dias actuais, a todo um processo de degradação do que a sociedade e a cultura prevalecente veneram, como a beleza, a saúde a destreza física, o brilho emocional e intelectual e a posse de bens materiais. Esta é uma visão materialista, comum nos nossos dias, com consequente impacto no modo como são vistos os idosos e na forma como estes se vêem a si próprios, podendo conduzir a sentimentos de depressão, tristeza e solidão. É certamente desejável que o idoso se mantenha saudável e ágil, tanto física, como intelectualmente, e que se sinta valorizado aos olhos dos que o rodeiam. Para um envelhecimento o mais bem sucedido possível, sendo a qualidade de vida um objectivo estimável a assegurar.

Todos estes aspectos tomam um relevo ainda maior quando somos profissionais de saúde, em que temos de prestar diariamente cuidados de enfermagem aos idosos e estar despertos para a problemática do envelhecimento, assistindo muitas vezes a atitudes discriminatórias repletas de preconceitos face à velhice. Com o passar dos anos todos ficaremos velhos, passando a ser nós os “velhos” da nossa sociedade amanhã.

De acordo com o atrás descrito, elaborámos a nossa dissertação da seguinte forma: Nos primeiros quatro capítulos fez-se um enquadramento teórico, com uma abordagem aos temas relacionados com o envelhecimento, desde o envelhecimento e seus conceitos, teorias do envelhecimento, envelhecimento demográfico, passando também pelas representações sociais e representações sociais face ao envelhecimento, envelhecimento e saúde e a comunicação.

Logo de seguida, surge uma breve caracterização do local do estudo e a metodologia aplicada na realização deste estudo.

Após esta caracterização apresentaremos os resultados, seguindo-se a análise e a discussão dos resultados encontrados.

Salientamos finalmente, as conclusões que para nós foram consideradas mais importantes e significativas.

As referências bibliográficas e os anexos completam este trabalho.

CAPITULO I – CONSTRUÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

1 - PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Até há algumas décadas atrás, as pessoas idosas eram vistas pela sociedade como um grupo de saber acumulado, sobrevalorizando-as em relação a outros grupos etários, conferindo-lhes um forte poder de decisão. Com a transformação da sociedade, que passa a valorizar a produtividade, o novo e o bonito, os idosos tornam-se um grupo particularmente vulnerável à exclusão e são por vezes vítimas de discriminação, de representações sociais e de estereótipos.

As representações sociais, relacionadas com os idosos e com as suas capacidades, conduzem a atitudes discriminatórias que estão essencialmente ligadas a ideias pré concebidas de que mesmo na ausência de doença, existe uma incapacidade de adaptação e de desenvolvimento ao meio que os rodeia.

Envelhecer, surge assim, como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, inevitável, irreversível e individualizado, no percurso da vida do homem, pelo que deve ser compreendido de uma forma profunda e aberta, devendo-se respeitar e manter a unicidade e a individualidade do ser humano.

Um dos grandes desafios que os profissionais de saúde enfrentam, passa pela constante adaptação à rápida transformação do nosso mundo e sociedade. Diariamente se confrontam com problemas e mudanças de ordem social, económica e política, fazendo assim do homem actual um ser diferenciado, a quem são feitas exigências de diversas naturezas.

A realidade actual exige do profissional de saúde a procura constante de eficiência, de responsabilização e de novas formas de actuar perante os mais idosos, e perante toda a problemática que possa estar adjacente a esta etapa do desenvolvimento humano. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, nos dias de hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, o que se traduz no desenvolvimento económico do país.

Foi por todos os motivos atrás referidos, e ao reflectirmos sobre a profissão de enfermagem enquanto disciplina e sobre o crescimento do envelhecimento populacional, que constatámos a necessidade de algumas mudanças urgentes nesta área. Desta forma, decidimos efectuar um estudo na área das representações sociais relativamente aos idosos. Cuidar de idosos é uma tarefa nem sempre fácil, pois o domínio da gerontologia é muito vasto e evolui diariamente.

2- OBJECTIVOS DO ESTUDO

Segundo FORTIN (1999), o objectivo de um estudo indica o “porquê” da investigação, devendo ter em conta determinadas características, isto é, por um lado deve ser um enunciado declarativo, que precisa o rumo da investigação; por outro lado, deve precisar as variáveis chave, a população alvo e o tipo de investigação a empreender.

A reflexão sobre o que fazemos e como fazemos, é um acto de saúde mental e de saúde social, que nos leva a considerar a nossa identidade profissional, como uma reconstrução contínua que se torna indispensável para a mudança e a transformação. Ao cuidar de um doente idoso, o enfermeiro deve conduzir as suas actuações de forma a salvaguardar os interesses da pessoa, respeitando a sua integridade física, psicológica, social e espiritual, o que toma ainda mais relevo quando tudo se reporta a um serviço de urgência. O serviço de urgência pelas suas características intrínsecas, pela intensidade de trabalho físico e mental, pela responsabilidade profissional, pela confrontação contínua com a morte e pelas ameaças constantes de perda e fracasso, é só por si indutor da despersonalização dos cuidados de enfermagem prestados.

Os cuidados de enfermagem ao doente idoso colocam-nos questões nem sempre fáceis de solucionar, na área do relacionamento que estabelecemos com estes bem como relacionadas com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, algumas vezes desajustadas às suas necessidades e influenciadas por representações sociais, mitos e estereótipos dos enfermeiros face ao idoso.

Assim, **o objectivo principal deste estudo** é *conhecer as representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso.*

Desta forma, e de acordo com o objectivo surge a **questão de partida** do nosso estudo: *“Quais as representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso?”*

Como refere FORTIN (1999,51) *“Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, claro e não equívoco que precisa conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”*. Assim, a nossa questão de partida vem determinar uma direcção à investigação, situando o nosso problema num contexto da sociedade actual.

3- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo prende-se fundamentalmente com dois aspectos importantes, sendo eles:

- A escassez de tempo, o que implica necessariamente uma gestão adequada do tempo e das oportunidades.
- O facto de que as conclusões do estudo a realizar se limita apenas à população estudada, não podendo existir uma generalização dos dados obtidos.

CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENVELHECIMENTO

Desde os primórdios que o Homem se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de diversas formas. Alguns autores caracterizam-no como uma diminuição das capacidades; outros consideram-no como um período de crescente vulnerabilidade e com maior dependência; outros, ainda, vêem a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total.

O organismo humano passa por diversas fases desde a sua concepção até à morte: a infância, a puberdade, a maturidade ou fase de estabilização, e o envelhecimento. Como nos referem Berger e Mailloux-Poirier (1995,123) *“O ser humano não envelhece de uma só vez, mas antes de uma maneira gradual, e a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso. O processo ainda não está completamente elucidado e compreendido, apesar de numerosas teorias que tentam explicar o envelhecimento biológico”*.

O envelhecimento manifesta-se por o declínio das funções dos diversos órgãos, que se caracteriza por uma grande variabilidade quando se considera o ritmo de deterioração dos diversos sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos. A distinção entre os diversos processos decorrentes de modificações biológicas, que surgem com o avançar dos anos e os estados de doença mais comuns em idosos, é considerado objecto de estudo pela gerontologia. Os limites entre estes estados são, não raramente, imprecisos e com zonas de transição frequentes, colocando dificuldades na caracterização dos mesmos.

No processo de envelhecimento biológico são considerados alvos, os sistemas importantes do organismo, embora Berger e Mailloux-Poirier (1995,123) afirmem que, *“Mesmo na velhice, consegue-se manter a hemodinâmica e estabilizar as diferentes constantes fisiológicas, de modo a manter-se a saúde. O ser humano*

possui uma espécie de inteligência orgânica que permite manter a integridade corporal”.

Desta forma, o envelhecimento surge como um fenómeno irreversível, normal e universal. Ninguém envelhece da mesma forma ou com o mesmo ritmo e intensidade, sendo este um processo de cariz individual, por vezes, com traços comuns dentro de uma população.

Segundo o mesmo autor, o envelhecimento orgânico não é homogéneo, existindo diversas causas que se podem agrupar em quatro grandes categorias:

“. Causas genéticas, como a hereditariedade

. Ausência de uso, ou mau uso de uma função ou de uma aptidão durante o crescimento e idade adulta, como o envelhecimento acelerado do sistema muscular no sedentário

. Factores de risco que agravam a senescência, como o tabagismo e os excessos alimentares

. As doenças intercorrentes que aceleram o envelhecimento sobretudo depois dos sessenta anos, como um acidente ou um problema de saúde importante”.

(pág.123)

Diversos são os factores, como acabámos de verificar que contribuem para o envelhecimento da espécie humana, podendo ser intrínsecos ou extrínsecos à própria pessoa.

Embora a senescência não seja considerada como uma doença, pode conduzir a toda uma série de desequilíbrios que, posteriormente, são desencadeantes de processos patológicos. Berger e Mailloux-Poirier (1995,125), afirmam que “*A senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo*” e que, “*O sinal mais evidente de senescência é a diminuição das capacidades de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente*”.

Assim, podemos concluir que não existe a possibilidade de poder inverter ou parar o processo de envelhecimento, mesmo sendo diferente de indivíduo para indivíduo. Embora este não se considere como uma das mais agradáveis realidades universais, também não deve ser encarado como uma doença mas sim, como um processo em que interferem diferentes factores, podendo comportar mecanismos de adaptação e de prevenção, que permitam otimizar a realidade de envelhecer.

Numa perspectiva global de saúde, devem-se reconhecer diversos aspectos susceptíveis de favorecer ou de prejudicar a adaptação do organismo, tendo em conta diversos factores ligados à própria biologia humana, às influências do meio ambiente, aos hábitos de vida e sistema de saúde.

1.1 – CONCEITOS

Segundo Netto, citado por Freitas et al (2002,10) “o **envelhecimento** (processo), a **velhice** (fase da vida) e o velho ou **idoso** (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados”.

1.1.1 - Envelhecimento

O envelhecimento deriva do latim *veclus, vetulusm* – velho, cujo sufixo *mento* designa acção, significando literalmente um produto da acção de envelhecer. Refere-se ao processo amplo e complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, podendo ser encarado em termos individuais (velhice) e colectivos (envelhecimento demográfico) Johnson (2002).

Diversos são os autores que já se debruçaram sobre esta temática. Envelhecer é de acordo com Birren e Conningham citado por Costa (2002:37), “ *o processo segundo o qual o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Deste processo resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte*”.

Envelhecer é, segundo Paillat (1986) citado por Costa (2002:37) “*um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que pode justificar a tendência para denominar os idosos como grupo heterogéneo*”.

O envelhecimento surge como um processo irreversível, dinâmico, contínuo, lento e com uma evolução progressiva, no qual surgem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior

vulnerabilidade e conseqüentemente maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Segundo a OMS (2002), a não ser que existam problemas excepcionais, o envelhecimento acontece de forma gradual, sendo difícil afirmar em que momento uma pessoa é velha fisicamente. Sendo assim, o envelhecimento não é pertença exclusiva da velhice, mas sim algo que acontece e é partilhado por todas as idades.

Deste modo, para Martins (2004), entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e sobretudo a Pessoa. De acordo com esta autora, a velhice varia com a história e com o percurso de vida dos indivíduos e, quanto maior a duração desta e a riqueza de experiências, maior é a sua diversidade.

Foram realizados vários estudos em diferentes sociedades que revelaram que a conceptualização da pessoa é construída de formas diversas, tendo por base as várias concepções teóricas, que dão suporte e sentido às práticas sociais do respectivo grupo humano. Assim, segundo Martins (2004), existem várias concepções de idade nos seres humanos que compõem a sociedade, nomeadamente a idade cronológica, a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.

A Idade cronológica, considera o tempo decorrido desde o nascimento, determinado pelo calendário. Surge como critério que limita o estudo do envelhecimento, uma vez que o número de anos que um indivíduo vive não nos fornece informação sobre a sua qualidade de vida, o seu estado de saúde ou sobre a sua experiência social ou psicológica.

A Idade biológica é, habitualmente, definida como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida, que pode não coincidir com a idade cronológica. A sua apreciação implica avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo.

O envelhecimento biológico ou senescência traduz-se por uma vulnerabilidade do organismo de ordem crescente, cujos transtornos se tornam visíveis com o passar dos anos, mas cujo mecanismo interno permanece em estudo contínuo e com

algumas componentes ainda desconhecidas. Desta forma, o envelhecimento biológico poderá manifestar-se pelo declínio da integridade funcional entre diversas componentes biológicas, levando ao aparecimento de uma ou diversas patologias. O aparecimento de patologias e a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica condicionando maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo idoso.

A Idade psicológica relaciona-se, de uma forma geral, com as capacidades dos indivíduos em se adaptarem ao meio ambiente. Envolve o uso de capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência, a motivação, e os sentimentos. Reveste-se de uma componente psicológica reflectindo-se na capacidade de auto-regulação do indivíduo, influenciando a tomada de decisões face ao seu processo de senescência. Os factores psicológicos cruzam-se com os factores de ordem cultural, sociais e biológicos, acabando por influenciar a forma como cada individuo envelhece.

O envelhecimento não se resume unicamente ao atrás referido, revestindo-se também para diversos autores de uma componente social, relativa aos papéis sociais que se devem adequar às expectativas da sociedade para as diversas faixas etárias. Assim, a **Idade social**, refere-se habitualmente aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social. Avalia-se por padrões de comportamento como o vestir-se, andar, desempenhar funções sociais.

Ao longo das últimas décadas, alguns autores, têm dado o seu contributo para afirmar a importância do envelhecimento social. Existe um consenso que o envelhecimento deve ser encarado, como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, com marcadas diferenças entre as antigas sociedades e sociedade actual. Enquanto há décadas atrás, a velhice era encarada como uma fase de saber acumulado, de transmissão de sabedoria de geração em geração, em que também os cuidados aos idosos eram prestados no seio familiar, na sociedade actual, o isolamento dos idosos é crescente e cada vez mais institucionalizado, passando a velhice a ser encarada como uma doença social.

1.1.2 – Padrões de envelhecimento

De acordo com diversos autores, a expressão “padrão de envelhecimento” refere-se a um conjunto de mudanças associadas ao envelhecimento, existindo uma divisão entre envelhecimento primário ou normal e envelhecimento secundário ou patológico.

Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais que variam de indivíduo para indivíduo sendo, no entanto, próprias e inerentes ao processo de envelhecimento. Reflectindo na maioria das vezes o comportamento dos indivíduos ao longo da sua vida, fomentando a ideia de que a forma como envelhecemos está directamente ligada à forma como nos desenvolvemos.

Envelhecimento normal ou primário

Segundo Schaie, citado por Moi (2004) o padrão de envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas do processo irreversível, progressivo e universal, porém, não patológico. Como exemplo, o embranquecimento dos cabelos, o aparecimento de rugas, a diminuição das acuidades visual e auditivas, a diminuição da estrutura óssea e massa muscular, dificuldades no equilíbrio, declínio da força e rapidez de movimentos e pensamentos, como também mudanças na memória, interesse em novos conhecimentos, entre outros.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995,126),

“O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal onde as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras. A senescência é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento. A senescência não é, pois, uma doença, mas pode levar a uma quantidade de afecções porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica e funcional dos órgãos e sistemas”.

Com o avançar da idade vão ocorrendo modificações estruturais e funcionais, que embora variem de indivíduo para indivíduo, são encontradas em todos os idosos e são próprias de um envelhecimento normal.

Envelhecimento patológico ou secundário

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis. A existência de lesões associadas às diferentes alterações normais contribui para alterar mais ainda a capacidade de adaptação do indivíduo. A presença de doenças desempenha um papel determinante no estabelecimento da esperança de vida.

Segundo Schaie, citado por Moi (2004), o envelhecimento secundário ou patológico está relacionado com as mudanças causadas por doenças dependentes da idade. O avanço da idade acarreta o aumento da exposição a factores de risco desencadeantes de doenças, como por exemplo cardiovasculares, cerebrais e certos tipos de carcinomas causadas, em parte, por mecanismos genéticos ou por factores ambientais, estilos de vida e personalidades. Consideramos, ainda, o envelhecimento como um processo biológico, progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional que é vivida de forma variável, consoante o contexto social de cada indivíduo. Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam, de forma clara, a partir de determinada idade.

Envelhecimento terciário

Em 1996 BIRREN e SCHROOTS citados por FONSECA (1995,68) incluem o padrão de “envelhecimento terciário”, que se refere às mudanças que sucedem de forma precipitada na velhice, o que aumenta a possibilidade de existir um envelhecimento rápido que ocorre num dado momento da velhice e que precede, imediatamente o momento da morte do indivíduo.

Desta forma, existem diversos padrões de envelhecimento, embora se mantenham as dificuldades em alcançar uma clareza conceptual neste domínio. Para os autores atrás citados, o envelhecimento é um processo de cariz individualizado e de grande vulnerabilidade de acordo com a idade dos indivíduos. Estudar esta temática exige a compreensão do ser humano em todas as suas dimensões, inserido em diferentes contextos ambientais, que influenciam o seu desenvolvimento.

1.1.3 – Velhice

Com o decorrer dos tempos, a velhice tornou-se um fenómeno social total, nas suas múltiplas implicações familiares, históricas, económicas e culturais. Enquanto categoria do pensamento, a velhice é um elemento fulcral da representação social e do ciclo de vida dos indivíduos (Simões, 1999). O termo velhice não designa uma idade específica. Referindo-se antes a um processo evolutivo natural da vida do ser humano, que inclui o nascimento, o desenvolvimento e cujo *terminus* irá culminar com a morte.

Para Ilheu (1993) seria mais oportuno definir a velhice através de quem envelhece, de como se vêem a si próprias as pessoas de idade, como vêem a sua vida e como sentem a velhice a partir da sua experiência pessoal. Segundo Serrazina, citada por Fernandes (2000), *“João Paulo II designa a velhice como um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”*.

A velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade, à luz dos valores criados pela sociedade, para além de um facto biológico, ser também um facto cultural. Existe, por isso, uma certa dificuldade na definição do conceito de velhice, na medida em que este se inscreve numa multiplicidade de visões de correntes de uma diversidade cultural e histórica irreduzíveis entre si.

1.1.4 – Idoso

Existe uma forte tendência para associar a palavra “idoso” a noções de dependência, física e social. Relaciona-se frequentemente o idoso com a ocorrência de múltiplos problemas de saúde, com maior probabilidade de apresentar limitações físicas com o passar dos anos, comprometendo a sua autonomia e funcionalidade.

De acordo com a actual valorização social, ser-se idoso tem-se tornado, pouco, a pouco sinónimo de “incómodo para a família”, que tem de lidar permanentemente com o idoso e com as suas características. Para a sociedade, este constitui um fardo pesado, pois tem que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo (Bize e Vallier, 1985).

Segundo Martins (2004),

“Ao reformar-se, o trabalhador é colocado na última fase da vida: a eufemisticamente denominada “terceira idade” e inicia um processo em que a velhice está perfeitamente identificada com uma idade de vida. Passou da velhice invisível a uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.”

Ainda de acordo com a mesma autora,

“...Nesta perspectiva de conceito social a idade cronológica assume particular importância, visto a definição institucional de “reformado” ser por ela determinada. Os estudiosos da demografia (incluindo as Nações Unidas) utilizam os 60 ou 65 anos como uma idade legalmente convencionada para reformar e pensões de segurança social, passando esta a constituir uma fronteira, para facilidade de análise estandardizada”.

Perante estas divergências surge a necessidade de uniformizar critérios e, por isso, a Organização Mundial de Saúde convencionou que, idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.

1.2 – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Existem diversas teorias que tentam, de forma coerente, fornecer explicação acerca do envelhecimento. Sendo, no entanto, consensual, que o envelhecimento mostra-se como um processo caracterizado por factores de ordem biológica, psicológica e social, sendo ainda específico e variável de indivíduo para indivíduo.

Desta forma, podemos afirmar que não envelhecemos todos da mesma forma existindo, no entanto, factores comuns a todos os indivíduos.

Fontaine (2000) considera o fenómeno do envelhecimento a três níveis principais. O biológico, caracterizado por modificações do aspecto do indivíduo, como a forma como se desloca, o aparecimento de rugas e o aumento de doenças; o social, em que se verificam alterações do estatuto social, como a passagem à reforma; o psicológico, onde se observam alterações a nível da actividade individual intelectual e das motivações. O envelhecimento é um fenómeno perfeitamente natural e comum a todas as pessoas. Mas quais são os processos responsáveis por ele? Esta é uma questão multidimensional, para a qual diversos autores têm tentado, ao longo das últimas décadas, encontrar respostas e explicações, embora esteja ainda longe de se considerar completamente esclarecida.

Iremos abordar algumas teorias que tentam explicações deste fenómeno complexo e abrangente que é o envelhecimento.

Teorias do Envelhecimento Biológico

Biologicamente, a senescência é um processo involutivo que opera cumulativamente com a passagem do tempo e que se revela nos diversos órgãos e sistemas do organismo humano, através de modificações irreversíveis. Desta forma, o organismo passa por diversas fases ao longo do ciclo vital, que se manifestam por um grau de declínio das funções dos diversos órgãos que tende a ser gradual, em função do tempo. Essas mudanças são, na maioria dos indivíduos, discretas no seu início, aumentando progressivamente.

Todo o processo de envelhecimento caracteriza-se por um declínio funcional, que não ocorre com a mesma intensidade e ritmo, nos diferentes indivíduos. Vão ocorrendo alterações teciduais, celulares, enzimáticas e moleculares, explicadas por alguns autores nos últimos anos. Há, deste modo, e como já foi referido anteriormente, uma senescência primária, relacionada com os fenómenos biológicos involutivos, temporalmente dependentes, mas independentes do stress,

de traumatismos ou de doenças, e uma senescência secundária conectada aos inerentes fenómenos patológicos que se vão sucedendo ao longo da vida.

Estes fenómenos orgânicos e fisiológicos, com o evoluir do tempo, podem transfigurar pejorativamente o comportamento do indivíduo idoso. Estas conduzem à dificuldade de adaptação e incapacidade de enfrentar ameaças provenientes do meio ambiente, podendo em diversas situações pôr em causa a sua sobrevivência. Rose (1991) citado por Matos e Avelar (2005,5) define o envelhecimento como “*a deterioração endógena, irreversível das capacidades funcionais básicas do organismo*”.

Assim, o envelhecimento orgânico de acordo com diversos autores, mostra-se como um processo caracterizado por transformações progressivas e irreversíveis em função do tempo, caminhando lentamente para a morte, representando uma etapa do desenvolvimento individual de cada ser humano. Para Fontaine (2000,20), o envelhecimento “*é um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo o seu termo, a morte*”. Para o autor, não é possível datar o começo do envelhecimento, quer seja a nível biológico, psicológico ou social, sendo este um processo variável de indivíduo para indivíduo, tal como a velocidade com que se desenrola a sua evolução e gravidade.

Desta forma, e de acordo com o referido, assiste-se de uma maneira geral a uma redução das capacidades funcionais do organismo, em todos os sistemas, com a conseqüente redução do número de células activas, com a lentificação das respostas aos estímulos externos e com a desorganização dos sistemas de controlo, provocando o decréscimo progressivo da eficácia dos diferentes órgãos e funções do organismo. Berger e Mailloux-Poirier (1995) salientam algumas teorias que ao longo dos tempos foram consideradas, para explicar o envelhecimento, referindo que este, para os biólogos é entendido como “*uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo*”. (pág. 99)

Na tentativa de explicar o atrás citado, segundo o autor, surgem seis teorias:

. “A *Teoria Imunitária*”, onde ocorre uma transformação do sistema imunitário, podendo ter um papel etiológico no envelhecimento, em que o sistema imunitário ataca pequenas partes do corpo como se fossem invasores.

.”A *Teoria Genética*”, sendo considerada a última etapa de um processo genético definido e orientado, em que o envelhecimento é uma consequência da deterioração da informação genética.

. “A *Teoria do Erro da Síntese Proteica*”, em que o envelhecimento resulta da morte celular, em que ocorrem diversos erros a nível das inúmeras etapas da síntese proteica, formando proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções.

.”A *Teoria do Desgaste*”, teoria que compara o organismo humano com uma máquina, cujas componentes se desgastam e deterioram com o uso.

.”A *Teoria dos Radicais Livres*”, em que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados, e os transformam em substâncias que envelhecem as células.

.”A *Teoria Neuro-endócrina*”, em que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas, em que existe um fracasso e insuficiência deste sistema no que se refere à coordenação de diversas funções do organismo.

Assim, com base nas teorias citadas, o envelhecimento surge como um conjunto de mudanças que vão ocorrendo no organismo, podendo ser letais e que conduzem à diminuição da sobrevivência. Os órgãos e sistemas do organismo envelhecem, impedindo manter um estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que a evolução do tempo vai levando ao seu consumo e degradação.

Teorias do Envelhecimento Psicossocial

Não só o envelhecimento biológico, tem sido alvo de estudo por diversas ciências, também o envelhecimento psicológico e social dos indivíduos, tem vindo a suscitar a curiosidade de investigadores, levantando inúmeras dúvidas e tentativas de explicação.

No processo de envelhecimento, ao lado das dimensões biológicas, também as psicológicas e sociológicas, devem ser consideradas com o seu grau de

importância, pois, representam e condicionam a relação do indivíduo com o seu meio ambiente. Sob este aspecto, envelhecer não significa somente um breve espaço de tempo, mas também, um desenrolar de processos psicológicos e sociais, condicionando o modo de vida, as características pessoais, os sentimentos positivos ou negativos, os conflitos de natureza variável, ou seja, a soma de todos os processos do viver dentro de um complexo contexto sócio-cultural.

Na interação do idoso com o meio ambiente deverá existir uma permuta contínua com o meio exterior. De uma forma geral, os seres humanos evoluem como seres sociais, não podendo conservar-se física e psicologicamente estáveis, se não permanecerem em contacto com outros seres humanos. De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995,104), também o envelhecimento psicossocial pode ser explicado com base em três teorias:

."A *Teoria da Actividade*", investigadores em gerontologia de debruçaram-se sobre a relação entre as actividades sociais e a satisfação de vida. Em que segundo o autor, um idoso deve manter-se activo a fim de obter, na vida, a maior satisfação possível, devendo manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica também descobrir novos papéis na vida.

."A *Teoria da Desinserção*", em que o envelhecimento se faz acompanhar de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. O indivíduo põe fim de forma gradual, ao seu empenhamento e vai retirando-se da sociedade. Por sua vez, esta vai oferecendo-lhe menos do que anteriormente noutras fases da sua vida.

Estas têm sido teorias contestadas por diversos autores que, desde 1961 tentam demonstrar que nem a actividade, nem a desinserção, podem explicar o envelhecimento. Este também é francamente influenciado pela personalidade dos indivíduos, sendo esta uma componente variável e não tida em conta em nenhuma das teorias atrás citadas.

Segundo o autor, estas conclusões levaram os investigadores a continuarem os seus estudos e a elaborar uma outra teoria para explicarem o envelhecimento psicossocial:

."A *Teoria da Continuidade*", que demonstra que o envelhecimento é uma parte integrante da vida do ser humano, e não um período final, que possa ser

separado das outras fases. Reforça a ideia de que o idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte integrante da sua personalidade. Embora possa ocorrer uma certa descontinuidade relativamente a certas situações sociais, de hábitos ou estilos de vida, ocorre também a sua adaptação, e a adopção de comportamentos que continuam a mesma direcção de vida já iniciada pelo indivíduo.

As causas do envelhecimento são múltiplas e de diversas naturezas. Factores extrínsecos ao próprio indivíduo, como por exemplo hábitos alimentares, hábitos tabágicos e alcoólicos e exposição solar também podem ser factores de grande influência no processo de envelhecimento do organismo, influenciando a saúde e a longevidade. Desta forma, o ser humano não envelhece com base apenas numa das teorias já desenvolvidas, envelhece no plano biológico, psicológico e social, nunca esquecendo que cada pessoa é um ser dotado de uma entidade própria e única, que deve ser respeitada e aceite.

Parece ser então consensual entre vários autores, que o envelhecimento não pode ser explicado apenas por uma causa dependente apenas de um mecanismo, mas sim por diversos factores biológicos, psicológicos e sociais em interacção contínua, sendo este um fenómeno normal e universal na espécie humana, com um cariz individual, de pessoa para pessoa.

1.3 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O aumento da esperança de vida, associado a uma baixa importante da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população. O envelhecimento demográfico é constituído pelo aumento do número de idosos em detrimento do número de jovens, sendo uma realidade da era actual, quer em Portugal quer no mundo.

Segundo o INE (1999), o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas:

Individualmente – o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida.

Demograficamente – o envelhecimento define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.

O processo de envelhecimento que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere, não apenas à garantia de acessibilidades e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência (INE, 1999).

De acordo com Arantes (2003,62), *“prevê-se que na União Europeia, até ao ano 2025, mais de um terço da população passa a ser constituída por idosos. O declínio da natalidade e da mortalidade, o aumento da longevidade e os movimentos migratórios, são apontados como factores responsáveis por estes números”*. O envelhecimento não constitui doença, mas pode determinar um grande número de transtornos. É um processo natural, no qual tanto a herança genética quanto o estilo de vida e do ambiente têm influência.

1.3.1 – Aspectos demográficos em Portugal

Estudos sobre envelhecimento ganham cada vez mais relevo e são uma prioridade indiscutível, merecendo uma reflexão aprofundada, devido à grande evolução sócio demográfica das últimas décadas. Em Portugal observa-se o que se designa, geralmente, por duplo envelhecimento, dado que conjuga um nível de fecundidade baixo, que desde a década de oitenta não é suficiente para substituir as gerações, ao aumento da longevidade da população Gonçalves (2002).

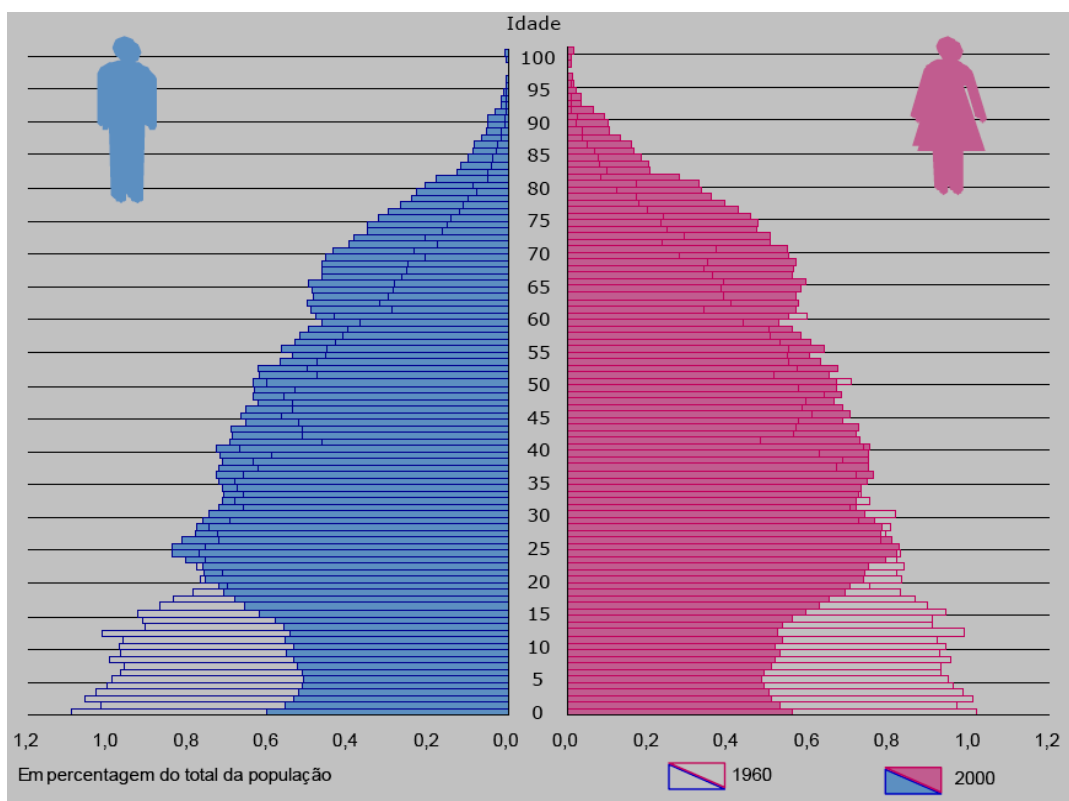
As alterações na estrutura etária da população portuguesa traduzem-se, de acordo com Dinis (1997), em dois factores distintos. Em primeiro lugar, por um aumento da população, que resulta da diminuição constante da taxa de natalidade, em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos mais velhos aumenta no total. O declínio da taxa da natalidade está, desta forma, associado a diversos fenómenos, com a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior

participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são factores que condicionam uma baixa de nascimentos. Em segundo lugar, devido ao aumento significativo da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

Segundo Botequilha (2005), as estimativas não se furtam ao rigor do último dígito. O Instituto Nacional de Estatística calcula que somos 10 474 685 portugueses. Mais mulheres do que homens, mais idosos do que jovens. É nesta categoria etária que se situa a pedra de toque das profundas alterações demográficas que o país sofreu nas últimas décadas. Portugal inverteu a condição de um dos países menos envelhecidos da União Europeia, para um dos mais envelhecidos. Num par de décadas, aconteceu aquilo que outras nações europeias ocidentais já experimentavam desde o pós-guerra.

De acordo com o I.N.E. (2002), em apenas 40 anos, o fenómeno do envelhecimento demográfico, em Portugal, traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% na população idosa. Em 2001 foram recenseados 1702120 indivíduos idosos. A proporção da população idosa, que representava 8 % do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001.

Figura 1 – Pirâmides de idades, Portugal 1960-2000

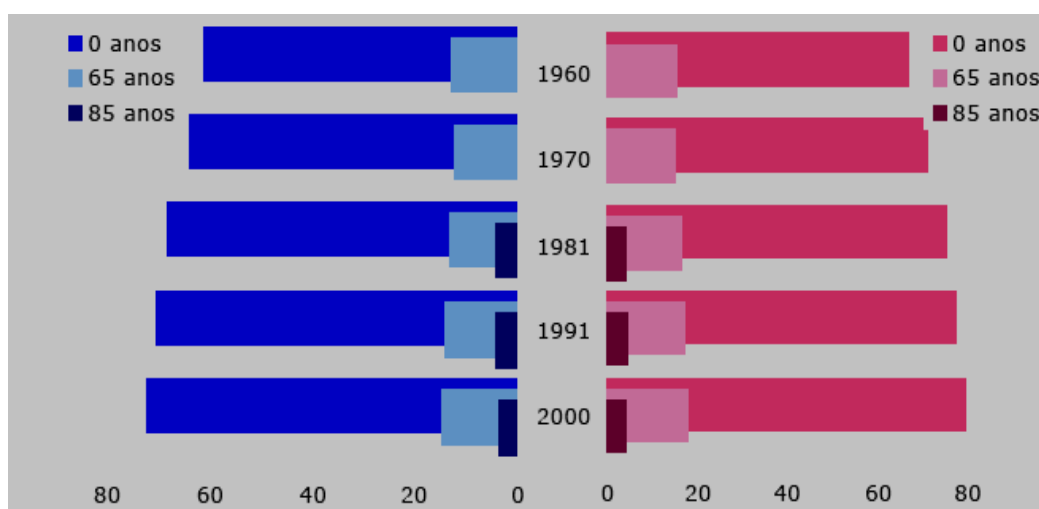


Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População.

A mesma fonte mostra que, em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000 (**figura 1**). Nos anos 60, a pirâmide de idades portuguesa mostra um triângulo quase perfeito, com os menores de quinze anos a engordar a base da figura e os maiores de 65 anos a afunilar o topo.

Hoje, essa pirâmide está deformada: falta de sustentação em baixo (menos nascimentos) e alargamento em cima (menos mortalidade).

Figura 2 – Esperança de vida, segundo o sexo, Portugal 1960-2000



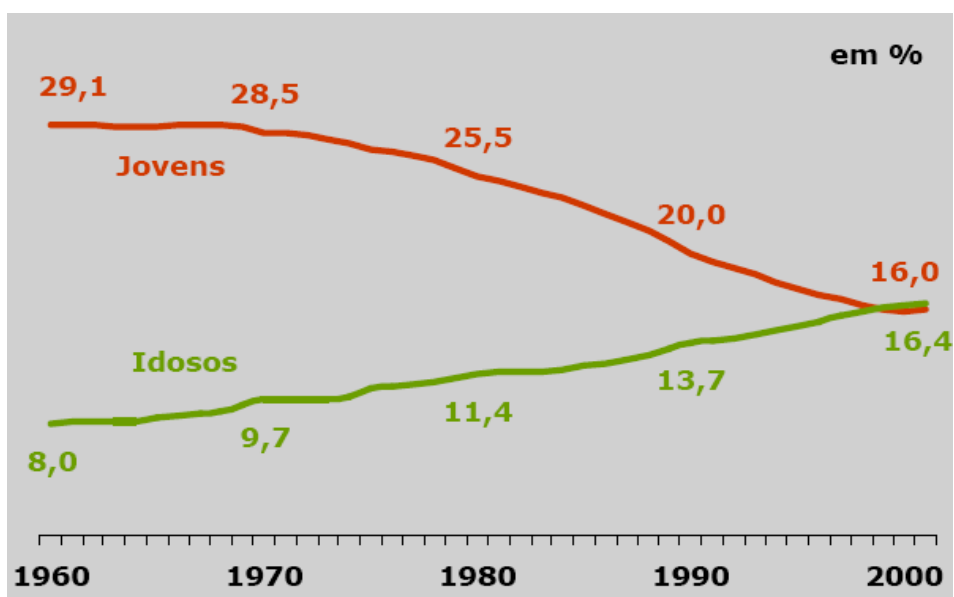
Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População.

Entre 1960 e 2000, em Portugal, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres (**figura 2**). Como consequência da sub – natalidade masculina atinge-se o século XXI com uma diferença de 7 anos favorável às mulheres, que podem viver, em média, 79,4 anos (contra os 72,4 dos homens). A diferença entre os sexos atenua-se à medida que se avança na idade, embora a vantagem do sexo feminino seja constante. Para 2000 estimou-se que os homens que atingiam os 65 anos vivam ainda, em média, mais 14,6 anos e as mulheres 18,1.

A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último recenseamento da população, disponível no site do INE.

Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570 em 1960, para 1 702 120 em 2001, dos quais 715 073 eram homens e 987 047 eram mulheres (**figura 3**).

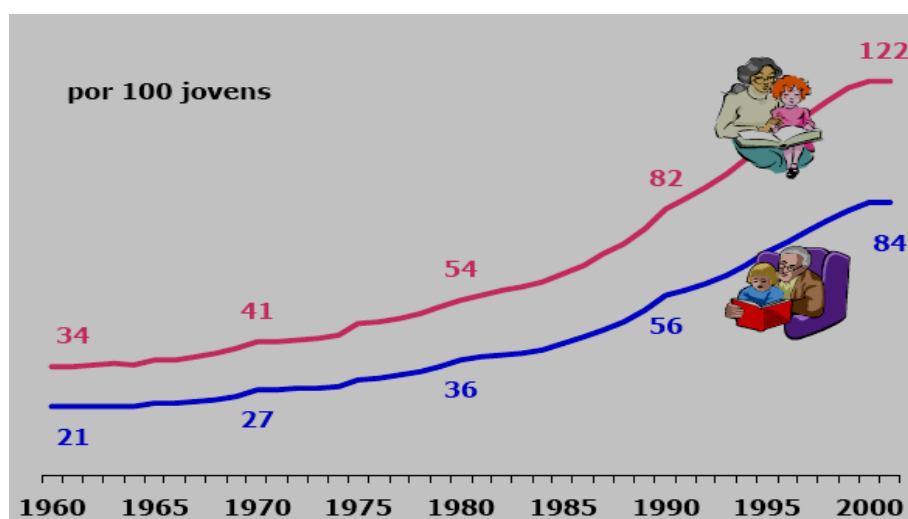
Figura 3 – Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal. 1960-2001.



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População.

O índice de envelhecimento ultrapassou pela primeira vez os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos quarenta anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103 em 2001. O envelhecimento da população idosa é evidenciado pelo índice de longevidade (número de indivíduos com 75 ou mais anos no total da população idosa), que aumentou de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001. (I.N.E., 2002)

Figura 4 – Índice de envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960-2001.



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População.

O envelhecimento da população idosa anteriormente referido é uma realidade bem retratada pelo índice de longevidade, que é definido pela relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos. Este indicador aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001, sendo superior no caso das mulheres (**figura 4**). Ainda segundo o I.N.E. (1999), o número de idosos em 1998 era de 1 519 010 indivíduos, mais 1,6% que em 1990, sendo 17,3% de mulheres e 12,9% de homens. Os idosos com idade igual ou superior a 75 anos representavam 5,4% da população total residente em 1990 e 5,9% em 1998. É também de salientar igualmente uma subida no grupo com 85 ou mais anos, que em 1990 era de 0,9% e de 1,1%, em 1998.

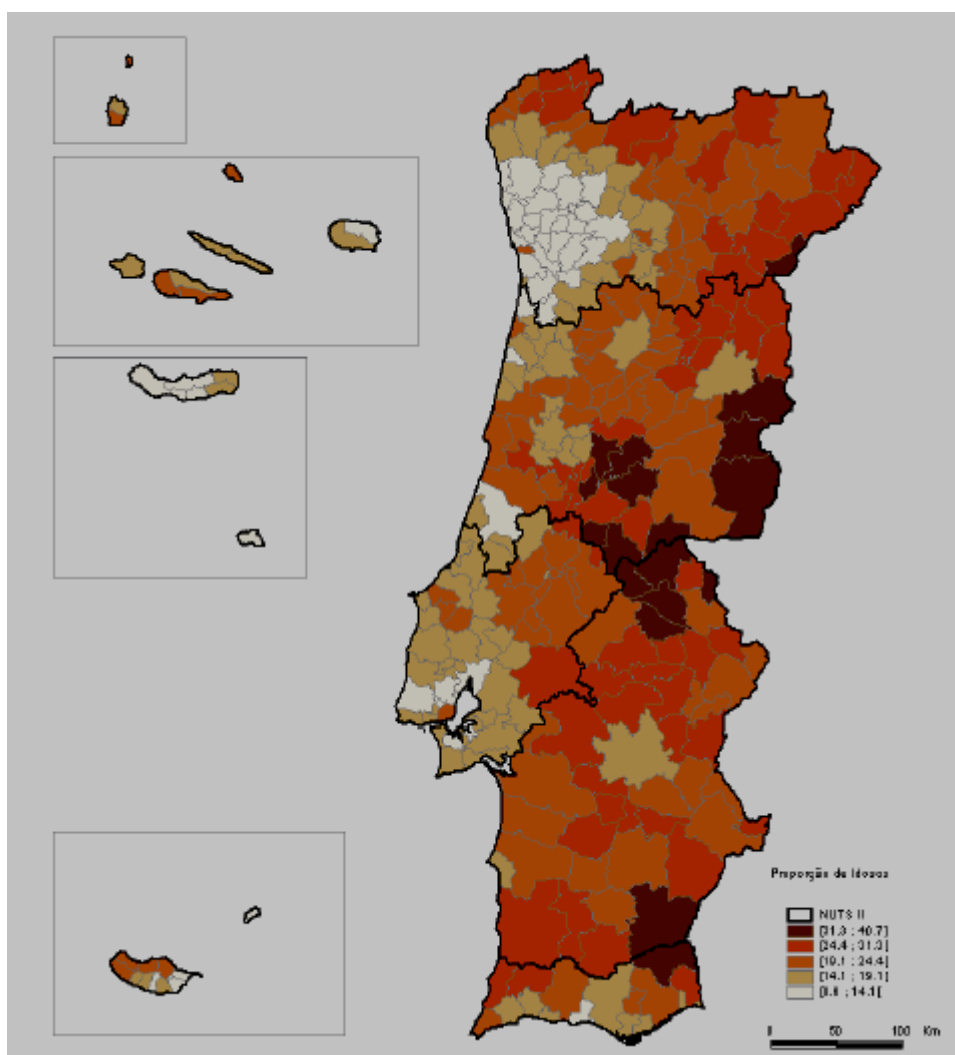
Para uma melhor percepção da população idosa nacional, podemos observar a **Figura 5**, que nos mostra a sua distribuição por concelhos em 2001.

Ao contrário nas regiões menos desenvolvidas, segundo o I.N.E. (2002), a taxa média de crescimento anual entre 1990 e 2000, atinge 3,1%, continuando a aumentar até 2040, devendo atenuar-se até 2050.

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica a nível mundial, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida relativamente à do interior.

Às regiões autónomas dos Açores e da Madeira, pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.

Figura 5 – Distribuição da população idosa, por concelhos, em Portugal, 2001



Fonte: INE, Serviço de Geoinformação.

Desta forma, o envelhecimento demográfico é um fenómeno social actual, característico dos países industrializados, muito particularmente da Europa, à qual Portugal não é excepção. Estudos empíricos têm vindo a mostrar que o principal factor responsável pelo envelhecimento das populações humanas tem sido a baixa natalidade que, sobretudo a partir dos anos 70, se tem vindo a agravar na sequência da não renovação das gerações. Assim, o aumento do número de idosos e o aumento dos indivíduos muito idosos, com aumento consequente de idosos dependentes, irá constituir um dos problemas da sociedade actual, com repercussões a nível económico, social e da saúde.

1.4 – O IDOSO NA SOCIEDADE ACTUAL

Desde o passado que a problemática do envelhecimento tem sido um assunto abordado, primeiramente no âmbito filosófico. O envelhecimento é uma parte natural do ciclo da vida do homem, sendo ideal que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Isto implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Implica também uma adequação dos serviços de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico. Um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada., de acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006).

O aumento da longevidade e dos aspectos inerentes a esta, fazem do fenómeno envelhecimento uma questão muito actual, que merece uma reflexão aprofundada, por parte da sociedade. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), as atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento. A velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável e todas as intervenções empreendidas para a prevenir são votadas ao fracasso.

Simone de Beauvoir, citada por Berger e Mailloux-Poirier (1995,63), exprime bem a noção,

“A imagem sublimada que fazemos deles, é a do sábio, aureolado de cabelos brancos, rico em experiência e venerável, que domina do alto a condição humana; se afastam desta imagem, caem por terra: a imagem oposta à primeira é a do velho louco que não raciocina e que divaga e de quem os filhos se riem. De uma maneira ou de outra, pelas suas virtudes ou pelos seus objectivos, situam-se fora da humanidade”.

Em todas as sociedades e em todos os tempos, a velhice representou sempre uma realidade, de certo modo, perturbadora. Por natureza, ela implica mudanças significativas na vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Basta referir a retirada da actividade profissional, com a perda dos rendimentos do trabalho, a autonomização dos filhos que, entretanto, constituíram as suas próprias famílias e

um certo enfraquecimento das relações sociais ou mesmo familiares. Dá-se uma alteração qualitativa no tipo e no ritmo de vida a que se estava habituado, o que exige certas formas de apoio e protecção.

Nas sociedades tradicionais, de tipo patriarcal e fortemente ligadas à economia rural, que prevaleceram durante séculos, estas consequências humanas do envelhecimento foram facilmente enquadradas em diversas formas de auxílio mútuo. Porém, os efeitos da revolução industrial, designadamente no decurso do século XIX, com profundas transformações económicas, sociais e demográficas, alteraram radicalmente a situação das pessoas idosas em si e no contexto das famílias e das comunidades a que pertencem. Começaram a verificar-se, com mais frequência, situações de pobreza, por insuficiência de rendimentos, de isolamento e de exclusão social.

Perante esse fenómeno, as velhas medidas de tipo assistencial, baseadas em iniciativas voluntárias da sociedade civil, embora meritórias, ficaram ultrapassadas perante a amplitude e a gravidade dos problemas sociais emergentes (Neves, 2002).

Foi nesse contexto que surgiu a ideia de organizar, de forma sistemática e permanente, modalidades de protecção, com carácter geral, por iniciativa e responsabilidade do Estado.

Entretanto, as últimas décadas do século XX evidenciaram a existência de novos problemas, com incidência na protecção das pessoas idosas. O fenómeno do crescente envelhecimento das sociedades mais industrializadas, como as europeias, por força da conjugação do decréscimo da natalidade e do aumento da esperança média de vida trouxe consequências problemáticas, como o aumento continuado dos encargos com as pensões no conjunto das despesas de protecção e dúvidas quanto à suficiência da riqueza gerada pela actividade económica.

De um modo geral, hoje insiste-se, mais do que no passado, no aproveitamento das capacidades das pessoas idosas para se manterem activas, quer no exercício

de actividades remuneradas, quer na realização de tarefas a favor da comunidade, nas associações de solidariedade, nas paróquias, entre outros.

Também tem sido defendida uma maior articulação entre a segurança social e a acção social, tendo em vista facilitar a inserção sócio-familiar e comunitária dos reformados. Ao mesmo tempo, tem-se desenvolvido a ideia de que a protecção social na velhice não deve ser obrigação exclusiva do Estado, mas que as pessoas e as famílias devem assumir uma parte dessa responsabilidade (Neves, 2002).

Não podemos, no entanto, deixar de ter presente a situação social da maioria das pessoas idosas em Portugal e as condições de vulnerabilidade que as tornam vítimas privilegiadas de situações abusivas e violadoras dos seus direitos fundamentais.

Guimarães (1999) destaca alguns como factores de vulnerabilidade acrescida, sendo eles a *insuficiência de rendimentos* – provocada pelas baixas prestações pecuniárias dos regimes de segurança social, insuficientes para as suas necessidades alimentares, saúde, lazer, entre outras. A *alteração da estrutura familiar* – a fragmentação familiar e a promoção de uma concepção nuclear de família, subvalorizam o idoso e o seu papel. O *difícil acesso à informação* – a pessoa idosa é afastada das modernas tecnologias de informação, o que agrava a sua exclusão e dificulta a sua defesa. Destaca ainda, o *baixo poder reivindicativo* – as pessoas idosas estão pouco conscientes do seu poder enquanto eleitores, consumidores e membros activos da sociedade, sendo pouco expressivas as iniciativas na área do associativismo e da reivindicação organizada. O *isolamento* – decorrente da inacessibilidade dos recursos e dos discursos. E por fim, a *fragilidade física e psicológica* – que fomentam a dependência gradual e se apresentam como factores de erosão da auto-estima.

Rodrigues, Coutinho e Monteiro (2002) referem ainda outros factores importantes, como: *as limitações físicas* – que levam a um aumento da dependência na satisfação das suas necessidades fundamentais. A *cessação da actividade profissional* – que leva a uma perda dos papeis sociais, bem como a uma

diminuição da auto – estima. E a *solidão* – a que são voltados, quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela própria sociedade, que os afasta; o afastamento do seu meio habitacional, quando são internados num lar.

A solidão surge frequentemente como um resultado de alterações e défices relativamente às relações sociais pessoais da pessoa idosa. Assim, não sendo a solidão em si mesma, um problema de saúde, poderá ter potencial para alterar a saúde do indivíduo de uma forma negativa, aumentando o risco de doença.

Para além destes, Domingues (1998) acrescenta outros, aos quais destacamos, a *morte* – a morte de um dos cônjuges arrasta o sobrevivente para certa desagregação das referências e interesses fundamentais. Os viúvos, em geral, têm dificuldade na inserção na família dos descendentes ou ascendentes, porque perdem o estatuto e autonomia. Os casais idosos dependem muito um do outro. Aquando da morte de um dos membros do casal, o sobrevivente fica, na maioria das vezes, sozinho e isolado.

Assim, o stress de origem social, com baixos recursos económicos ou dificuldades financeiras, podem também conduzir ao isolamento, com diminuição das relações sociais estreitas, seja devido ao aparecimento de sintomas depressivos ou por desconfiança relativamente aos outros.

As rupturas/conflitos de gerações – a falta de comunicação serena e prolongada entre avós, pais e netos, tornou-se um malefício para todo o tecido social, enquanto se perdeu a comunicação e a assimilação da sabedoria do vivido. E a inactividade – gera uma dolorosa consciência de inutilidade e fuga para a solidão. Nas cidades, os idosos sofrem mais os efeitos da inactividade; não só perdem a identificação social, como sofrem dificuldades económicas e representam encargo para as respectivas famílias.

No meio rural, a situação mostra-se diferente, nos dias actuais. Exceptuando uma ou outra situação, os idosos são um grupo homogéneo em que a idade é um valor. Enquanto depositários da tradição são habitualmente, respeitados e ouvidos. Também mantêm algumas funções produtivas e prestam serviços. A mutação nas condições de vida, de vitalidade e de competitividade é um facto. No entanto, continuam integrados no meio, com laços familiares e sociais mais

próximos, sem perderem a sua própria identidade e gosto pela vida. Há vantagens de vária ordem em que o idoso permaneça no seu meio familiar e social. As rupturas são uma agressão demasiado violenta para essas fases, em que a adaptação é difícil e fonte de insegurança.

Assim, grande número de idosos apresenta dificuldade de integração social constituindo, nesta conformidade, um grupo de risco, susceptível à exploração económica, à marginalização e infantilização, quer nas famílias, quer nas instituições. Existe uma violência, por vezes mascarada, mas sempre dolorosa. Neste cenário, seria importante que as famílias, e não só, também a sociedade, reconhecessem o valor dos idosos e estimulassem o desenvolvimento de actividades que lhes promovam sentimentos de utilidade, que irão resultar num aumento da sua auto-estima.

À medida que a idade avança, como já constatámos, os indivíduos aumentam de uma forma geral, o seu grau de incapacidade funcional, aumentando conseqüentemente o risco de mortalidade. Quando se pretende realizar uma avaliação na sociedade actual, e o seu status de saúde, há que ter em atenção tanto o seu funcionamento físico como a sua função cognitiva, psicológica e social, uma vez que todos esses domínios estão fortemente interrelacionados.

2 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS /MITOS E ESTEREÓTIPOS

2.1- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representação social tem vindo a ser tema de estudo por diversas ciências e diversos autores ao longo das últimas décadas. Foi introduzido na psicologia social devido à escassez de modelos clássicos que permitissem a compreensão e tradução das interações entre os sujeitos sociais e o mundo surgindo, de uma forma geral, como uma modalidade de conhecimento que produz determinados comportamentos.

As representações sociais são um conceito com acentuada evolução. Já no início do século XX, o sociólogo francês Durkheim tenta explicar uma multiplicidade de fenómenos sociais através das suas investigações. Mais tarde Moscovici, nas décadas de 60, 70, 80 e 90 tenta demonstrar a importância de mudanças relativamente ao pensamento científico elaborado através do senso comum, na interpretação de dados relativamente a factos sociais, entre indivíduos e a sociedade. Os seus trabalhos orientam-se para o estudo das “minorias activas”, para a “tomada de decisão em grupo” e para as “representações sociais”, sendo este último um conceito chave da psicologia social. Desde então, a teoria tornou-se um dos enfoques predominantes na psicologia social, não só na Europa Continental mas também, no mundo Anglo-saxão.

Segundo Neto (1998), Moscovici nas décadas de 60 e 70 reage à psicologização do conceito de atitude, inspirado em Durkheim e no seu conceito de representações colectivas, faz então o elo de ligação com as origens sociais das atitudes. Assim, a palavra representação social aparece hoje em dia com acentuada representatividade nas ciências sociais, desde que em 1961 Moscovici, renova o “conceito esquecido” ou “conceito perdido” de Durkheim.

Baseado no “*conceito perdido*” de Durkheim, segundo Duveen (2005,10), Moscovici introduz no seu trabalho o conceito de que “*as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, dum gesto ou de uma reunião, em nosso*

mundo quotidiano. Elas impregnam a maioria das nossas relações estabelecidas, os objectos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos”.

As representações sociais apresentam-se como produto de uma interacção, de uma comunicação, tomando forma a qualquer momento dos processos sociais. Assim, podemos referir que o fenómeno das representações sociais, surge com uma forte ligação aos processos sociais que advêm das diferenças na sociedade, não se limitando a condicionar e reflectir a forma como nos apercebemos da realidade envolvente, sendo o seu campo de actuação bastante diversificado e complexo.

Definindo representações sociais, Abdelmalek e Gérard (1995,206), citando Moscovici (1984), referem que:

“Enquanto fenómenos, as representações sociais apresentam-se, pois, sob formas variadas, mais ou menos complexas. Imagens que condensam um conjunto de significados; sistemas de referência que nos ajudam a interpretar o que nos acontece ou até mesmo a dar um sentido ao inesperado; categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenómenos, os indivíduos com quem lidamos; as teorias que permitem dar-lhes um estatuto. Muitas vezes, todo este conjunto, quando as apreendemos na realidade concreta da nossa vida social”.

As palavras de Moscovici, segundo os mesmos autores colocam-nos assim no centro da questão, referindo ainda que:

“A noção de representação social coloca-nos, portanto no cruzamento entre o psicológico e o social. Diz respeito, primeiramente, à forma como nós, sujeitos sociais apreendemos os acontecimentos sociais do quotidiano, os dados do nosso ambiente, as informações que nele circulam, as personagens que nos rodeiam, de perto ou de longe. Em suma, o conhecimento “espontâneo”, “ingénuo”, pelo qual as ciências sociais tanto se interessam hoje em dia e ao qual se costuma chamar o conhecimento do senso comum ou, ainda, o pensamento natural, por oposição ao pensamento científico. Este conhecimento constitui-se a partir das nossas experiências, mas também das informações, saberes modelos de pensamento que recebemos e transmitimos pela tradição, pela educação e pela comunicação social. Trata-se, pois, em muitos aspectos, de um conhecimento socialmente elaborado e partilhado”.

Assim, as representações sociais colocam-no no campo da compreensão dos fenómenos sociais do quotidiano, tentando explicar os factos e as ideias do nosso universo ambiental, elaboradas no âmbito de fenómenos comunicacionais com influência nas interacções e mudanças sociais. Estas integram diversos aspectos

que não devem ser abordados e compreendidos por uma ciência social isoladamente, mas sim por diversas disciplinas convergindo para um conhecimento geral, numa perspectiva multidisciplinar.

Segundo Wagner (2003,16) as representações sociais são *“construções historicamente e socialmente determinadas. Elas cavalgam na interface entre muitas ciências sociais e méritos (...) Elas exigem ser investigadas usando conceitualizações de psicologia, psicologia social, antropologia cultural, história e sociologia...”*

De acordo com Neto (1998) existem diversos aspectos a considerar quando se pretende abordar a noção de representação social. Na conceptualização das representações existe sempre uma referência a um dado objecto, há sempre uma representação de algo, permitindo que se mantenha uma relação de simbolização e de interpretação com os objectos. Ainda, para o mesmo autor, as representações sociais adquirem a forma dos modelos que se sobrepõem aos objectos, tornando-os visíveis, implicando elementos da linguagem, do comportamento ou materiais. As representações sociais são uma forma de conhecimento prático que nos conduz a colocar questões acerca de determinantes sociais na vida quotidiana.

As representações sociais podem ser encaradas como um fenómeno psicossocial que torna possível uma reconstrução de uma dada realidade, através de elementos do meio ambiente. Todas as interacções entre indivíduos ou grupos, pressupõem representações. Assim, a análise da realidade é traduzida para uma lógica de pensamento construindo-se uma perspectiva do mundo para uma dada realidade. Jodelet citado por Gomes et al (2003) define as representações sociais como *“uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada que tem um objectivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”*. (pág.449)

Para Moscovici citado por Nóbrega (2003,63)“ as representações sociais surgem como:

“Sistema de valores, de noções e de práticas tendo uma dupla tendência: antes de tudo instaurar uma ordem que permite aos indivíduos a possibilidade de se orientar no meio ambiente social, material e de o dominar em seguida de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, da sua história individual ou colectiva”.

Existem diversas formas de conhecimento social, de facto, uma das primeiras proposições relativamente à estrutura das representações para Moscovici (1976) configura-se basicamente em três dimensões: a informação, a atitude e a imagem ou campo de representação. De acordo com Pereira de Sá (1996,31) citando Moscovici (1976):

A informação “remete à organização dos conhecimentos que um grupo possui acerca de um objecto social”.

O campo de representação “remete à ideia de imagem, modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objecto da representação”.

A atitude é mais complexa reveste-se de um carácter mais latente, terminando por “focalizar a orientação global em relação ao objecto da representação social”.

Das atitudes transparecem todo um conjunto de opiniões, gerando muitas vezes tomadas de decisão sobre determinados objectos. As representações respondem à característica essencial da sociabilidade. Uma dada realidade é elaborada colectivamente, sendo influenciada pela herança cultural e pelas alterações das relações intergrupais.

Moscovici, no entanto, dá ênfase a um outro aspecto, que confere um acentuado grau de importância à “atitude”, na formação das representações sociais, referindo que:

“A atitude é a mais frequente das três dimensões e, talvez, geneticamente a primeira. Por conseguinte, é razoável concluir que as pessoas se informam e representam alguma coisa somente depois de terem tomado uma posição e em função da posição tomada”. Pereira de Sá (1996,32) citando Moscovici (1976)

Em resumo, todas estas dimensões estão integradas entre si e nas representações sociais, são teorias tentando explicar determinada realidade

social, desempenhando um importante papel na formação de condutas sociais, permitindo aos grupos apreenderem o seu meio. A pesquisa em representações sociais, no âmbito da psicologia social, contribui para a compreensão de um vasto leque de fenómenos sociais, dado que todas as interacções humanas, entre pessoas ou grupos, pressupõem representações.

De acordo com Moscovici (2005,40) *“Sempre e em todo o lugar, quando nós encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, as representações sociais estão presentes (...) O que é importante é a natureza da mudança, através da qual as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento do individuo participante de uma colectividade”*.

A representação social torna possível a reconstrução de uma realidade, através da interpretação dos elementos que constituem o meio – ambiente, de uma forma ordenada e com significado para um dado grupo de uma comunidade.

A elaboração e o funcionamento das representações sociais podem ser compreendidos através de dois processos essenciais de formação: a **Objectivação** e a **Ancoragem**.

1) A Objectivação

A objectivação consiste num processo de simplificação e remodelação de diversos aspectos, que até uma determinada altura se mostravam ignorados por determinado grupo social, tornando-os práticos, úteis e integrados no senso comum. Este é um processo que foi explicado por diversos autores ao longo das últimas décadas.

Para Moscovici (2003,71) a objectivação *“une a ideia de não familiaridade com a realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade”*. A objectivação permite a materialização das abstracções, onde o abstracto é tornado em concreto, reflectindo acerca dos conhecimentos e acerca de um dado objecto de uma representação.

De acordo com Nóbrega (2003,65) *“Objectivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar-se em relação às mesmas”*.

Segundo Neto (1998,455) citando Jodelet (1983), na objectivação, o social reflecte-se na *“disposição e na forma dos conhecimentos relativos ao objecto de uma representação. Articula-se com uma característica do pensamento social, a propriedade de tornar concreto o abstracto, de materializar a palavra”*. O autor refere ainda citando a autora que *“A objectivação pode assim definir-se como uma operação imagética e estruturante”*.

O processo de objectivação pode classificar-se e subdividir-se através de três fases constituintes, no caso de um objecto complexo como uma teoria, sendo estas de acordo com Neto (1998): A selecção e descontextualização dos elementos da teoria, a obtenção de um esquema figurativo que é o núcleo organizador da representação e a naturalização que surge como a operação pela qual os conceitos se movem em *“verdadeiras categorias de linguagem e entendimento”*. (pág.455)

A selecção e descontextualização dos elementos da teoria, de acordo com este autor, surge como uma fase em que se *“procura dar um carácter concreto, imagético e mais facilmente acessível, a noções mais abstractas”*, referindo ainda que *“O fenómeno da descontextualização aparece sobretudo na transformação das ideias científicas em conhecimento quotidiano”*.

Assim, esta primeira fase do processo de objectivação surge essencialmente na transformação de ideias científicas em conhecimento quotidiano. De um conjunto sistemático de ideias, são extraídos elementos, a partir dos quais as informações que circulam são transformadas em ideias pertencentes ao universo do senso comum.

Na segunda fase do processo de objectivação de acordo com Neto (1998, 456), obtém-se um esquema figurativo, que *“forja uma imagem visual de uma organização abstracta, captando a essência do conceito, da teoria, ou da ideia que trata de objectivar”*.

Nóbrega (2003,66) intitula esta segunda fase como a *“esquematisação estruturante ou núcleo figurativo”*, referindo que esta é o elemento “duro” e mais estável da representação, ainda citando Abric (1994), a autora refere que, *“toda a representação é organizada em torno de um núcleo central. Este núcleo central é*

o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação”.

Ao se elaborar o esquema figurativo, torna-se de mais fácil compreensão a ideia e o contexto representados, permitindo uma clarificação de nós e do mundo que nos rodeia.

A terceira fase do processo de objectivação, a naturalização, surge como a fase onde os elementos de um pensamento se concretizam. Citando Moscovici (1961), Neto (1998,457) refere que a naturalização é a *“operação pela qual os conceitos se movem em verdadeiras categorias da linguagem e entendimento – categorias sociais certamente – próprias para ordenar os acontecimentos concretos e serem abafados por eles”.*

Esta fase permite conferir uma realidade aos factos que até então eram uma abstracção.

De acordo com Nóbrega (2003,67) a naturalização é *“uma projecção reificante de noções abstractas do real, de materialização e de espacialização de entidades conceituais”,* referindo ainda que pelo processo de naturalização, *“os indivíduos utilizam um espécie de “grille de lecture” das informações, para tornar os elementos do modelo figurativo numa realidade tangível e, desse modo dar-lhes uma existência palpável”.* Desta forma o conceito deixa de ser apenas uma ideia, ou uma simbolização da imagem tornando-se uma entidade autónoma.

2) A Ancoragem

A ancoragem como um processo de formação das representações sociais, articula-se com a fase de objectivação. Esta fase de acordo com Neto (1998, 459) *“permite transformar o que é estranho em algo de familiar”, e “incorpora o que é estranho mediante a inserção numa rede de categorias e de redes pré existentes. O processo de ancoragem não se limita ao conteúdo, mas engloba as actividades cognitivas de reconstrução e de remodelação”.*

A ancoragem permite classificar e dar nome a alguma coisa, tendo o papel de integrar a realidade, conferindo-lhe um sentido integrando-a numa hierarquia de valores existentes na nossa memória.

Como refere Moscovici (2003,61), a ancoragem *“é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de*

categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada”.

Habitualmente criamos resistência interna a algo que não somos capazes de avaliar e, de acordo com este autor, o primeiro passo para superar essa resistência, a fim de realizar uma conciliação com o objecto ou pessoa, acontece apenas quando somos capazes de colocar esse objecto ou pessoa, numa determinada categoria, e de lhe atribuir um nome conhecido.

A ancoragem segundo nos refere Nóbrega (1998) é organizada, tal como a objectivação em três condições estruturantes: a atribuição do sentido, a instrumentalização do saber e o enraizamento no sistema de pensamento.

Na fase de atribuição do sentido, de acordo com a autora, o enraizamento de um objecto e a sua representação num grupo ou numa determinada sociedade, está inscrito numa “rede de significações”, em que são articuladas e hierarquizados valores já existentes na cultura.

Neto (1998,460) refere que constitui-se uma “rede de significações”, a partir de valores da nossa sociedade e nos seus grupos. Citando Jodelet (1983), o autor diz *“este enraizamento da representação na vida dos grupos constitui para numerosos investigadores, um traço essencial do fenómeno representativo, já que dá conta da sua ligação com uma dada cultura ou uma dada sociedade”.*

Na fase de instrumentalização do saber, de acordo com Nóbrega (1998), confere-se um valor à estrutura imageante da representação, à medida que esta se torna uma teoria de referência que permite aos indivíduos compreenderem a realidade. Assim, a relação que o indivíduo estabelece com o seu meio ambiente é mediatizado pelo sistema de interpretação do qual, um novo objecto, é transformado em saber útil que tem como função a tradução e compreensão do mundo.

A fase de enraizamento no sistema de pensamento, segundo a mesma autora, explica que o facto de que a mesma representação inscreve-se sempre sobre um sistema de ideias pré existentes, permitindo-nos a coexistência de dois fenómenos opostos no interior do processo formativo de novas representações. A autora dá-

nos a noção que é o movimento de incorporação social da novidade, atrelada à familiarização do estranho.

Assim, a ancoragem como nos cita Neto (1998,460) *“refere-se também à integração cognitiva do objecto representado no sistema de pensamento pré existente e às transformações de que daí resultam”*.

Resumindo, a ancoragem e a objectivação, surgem como dois processos que geram representações sociais, estando interligadas entre si, em que a ancoragem está dialecticamente articulada à objectivação. De acordo com Neto (1998,461) *“combinam-se para tornar inteligível a realidade. Dessa inteligibilidade resulta um conhecimento social que nos permite evoluir na complexidade das relações e de situações do quotidiano”*.

2.2 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ENVELHECIMENTO

Os indivíduos inserem-se numa multiplicidade de relações interpessoais no seu meio social, numa relação de pluralidade com o seu meio ambiente, gerando diferentes visões do mundo, ideologias, crenças, representações e atitudes. A capacidade de apreensão e de compreensão da realidade de um indivíduo é influenciada por referências da sua condição social e pelos símbolos da sua própria cultura.

A problemática da qualidade de vida nos indivíduos idosos tem vindo a ser afectada por essa relação de pluralidade com o seu meio e pelas diferentes visões acerca do envelhecimento, bem como por ideias pré concebidas relativamente aos idosos, embora na sua grande maioria erradas.

Tal como vimos anteriormente, e segundo diversos autores as representações sociais surgem como uma reorganização significativa na qual se estruturam o pensar e o agir do homem e não apenas uma mera reprodução da realidade num plano subjectivo. Estas quando relacionadas com o envelhecimento, ganham uma acentuada importância, dado que são parte de uma problemática que tem vindo a ser desenvolvida e estudada, no plano da saúde, quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento.

Segundo Ramos (2005,9) *“As mudanças nas convicções de vida, as migrações, a nuclearização das famílias, vem dificultar o apoio tradicional da família ao idoso, tendo influencia no bem-estar e nos cuidados a esta população”*.

Assim, na Europa têm vindo a ser desenvolvidas estratégias sociais, específicas para idosos, que contemplam toda a problemática do envelhecimento. Englobam o envolvimento familiar, os cuidados no domicílio e a tentativa de alargamento das redes de suporte social com o objectivo de melhorar a qualidade de vida deste grupo etário, tentando prevenir as situações de exclusão social.

Os idosos são um grupo particularmente vulnerável, de acordo com Ramos (2005,9)

“São confrontados com um conjunto de perdas (de saúde, de morte, de relações significativas, do papel profissional e de independência), e objecto de muitas atitudes preconceituosas e práticas discriminatórias, muitas políticas e práticas institucionais alimentando e reproduzindo crenças erradas, estereótipos e preconceitos em relação aos idosos e ao envelhecimento”.

Desta forma, o estudo das representações sociais na área da saúde torna-se contribuição importante para uma melhor compreensão dos processos cognitivos e afectivos de um dado grupo, contribuindo também para a compreensão e resolução de problemas da sociedade actual. Temas relacionados com as representações sociais face ao envelhecimento ganham toda a pertinência em ser abordados e estudados aprofundadamente.

A sociedade actual integra diversas culturas, classes sociais e características que lhe são próprias: a linguagem, a religião, os papéis de identidade, os comportamentos, os hábitos, os costumes... As culturas diferem em semelhança e os indivíduos dentro de uma determinada cultura também não são todos iguais. Cada pessoa deve ser encarada e respeitada como um ser único. Neste contexto, os idosos são sem dúvida um grupo muito particular dentro da nossa cultura.

Até há algumas décadas atrás, as pessoas idosas eram vistas como um grupo de saber acumulado, que era sobrevalorizado em relação a outros grupos etários e com forte poder de decisão. Com as transformações da sociedade, que passou a valorizar a produtividade, o novo, o elegante e o bonito, os idosos tornam-se um grupo particularmente vulnerável à exclusão por parte dos mais jovens.

As ideias preconcebidas atingem diversos grupos e são transmitidas através do meio social e cultural dos indivíduos. Estas têm sempre adjacentes uma parte afectiva e atitudes favoráveis ou desfavoráveis. Com efeito, os idosos são um grupo particularmente vulnerável, sendo muitas vezes vítimas de discriminação, preconceitos, mitos e estereótipos.

Diversos autores têm-se dedicado ao estudo dos estereótipos e das representações sobre idosos, dando segundo nas suas perspectivas, algumas definições. Berger e Mailloux-Poirier (1995,64) definem estereótipo como *“um chavão, uma opinião feita, uma formula banal desprovida de qualquer originalidade (...) uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, segundo um padrão bem determinado e pode ser positivo ou negativo”*.

E definem mitos como sendo *“uma construção do espírito que não se baseia na realidade. É uma representação simbólica”*. Afirmando que devido ao desconhecimento de todo o processo e problemática do envelhecimento, os mitos relativamente aos idosos são em grande número, relacionam-se com mais frequência com a idade, e são manifestados por frases, expressões e eufemismos.

Monteiro e Santos (1999,147) definem estereótipos como sendo *“ideias feitas que resultam de generalizações e/ou especificações, tendentes a considerar que todos os membros de um agrupamento social, de um grupo se comportam do mesmo modo ou têm as mesmas características”*.

Estas ideias preconcebidas sobre a velhice dizem respeito essencialmente acerca das capacidades dos idosos, traduzindo-se vulgarmente na ideia de que estes mesmo não estando doentes, são incapazes de realizarem algumas tarefas que outrora o fizeram, ou que são incapazes de aprender e de se desenvolver.

Berger e Mailloux-Poirier (1995,64) referem que *“O primeiro obstáculo com o qual nos defrontamos está ligado ao facto de acharmos que os idosos são um grupo de*

peças homogêneas tendo todas as mesmas necessidades (...) Não são todas semelhantes e os seus problemas são muito diferentes”.

Torna-se importante a compreensão da heterogeneidade dos idosos, não os vendo todos por igual, justamente na tentativa de contrariar a tendência para a estereotipia.

Muitos mitos e estereótipos acerca dos idosos continuam a sobreviver, estando alguns bastante enraizados na nossa cultura, estendendo-se a toda a sociedade, umas vezes através de preconceitos, outras vezes através de atitudes discriminatórias. O preconceito é definido por Monteiro e Santos (1999,149) como *“um conceito formado antecipadamente e sem fundamento sério ou razoável. Em psicologia social designa uma atitude que deriva de pré julgamentos e que conduz os sujeitos a avaliar negativa ou positivamente objectos, pessoas ou grupos sociais”.*

Os estereótipos relacionados com os idosos e com as suas capacidades conduzem muitas vezes a atitudes discriminatórias, que estão essencialmente ligadas a ideias pré concebidas de que mesmo na ausência de doença, existe uma incapacidade de adaptação e de desenvolvimento ao meio que os rodeia.

As atitudes constituem elementos essenciais nas relações sociais, que se repercutem na vida em sociedade, e alvo de diversas investigações. Monteiro e Santos (1999,138) definem atitude como *“uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação de uma forma positiva ou negativa. A atitude implica um estado que orienta o indivíduo a reagir de determinado modo”.*

As atitudes segundo os mesmos revestem-se de três componentes. Uma componente cognitiva, que inclui um conjunto de crenças sobre um objecto, sendo a crença uma informação que aceitamos sobre uma situação, um acontecimento ou um conceito. Uma componente afectiva, em que a pessoa desenvolve sentimentos positivos ou negativos, estando ligada ao seu sistema de valores. E uma componente comportamental, que implica que a pessoa se comporte de determinada forma, ou seja todo o conjunto de reacções de um sujeito relativamente ao objecto da atitude.

As atitudes são adquiridas ao longo do processo de desenvolvimento humano na sua integração na sociedade. Fazem parte e são influenciadas pela cultura, pela comunidade, pela família e por factores intrínsecos ao próprio indivíduo.

De uma forma geral, os idosos mostram-se como um grupo etário susceptível a atitudes discriminatórias. As atitudes negativas face à velhice e ao envelhecimento causam dificuldades aos indivíduos deste grupo etário, dando na grande maioria das vezes imagens distorcidas e erradas da realidade. O envelhecimento não é sinónimo de doença, não se devendo confundir senescência com senilidade, pois nem todo o idoso é doente ou senil. Segundo Ebersole citado por Berger e Mailloux-Poirier (1995,67) um dos mitos identificados seria a ideia de que *“a maioria dos idosos é senil ou doente”*, o que não será um facto verdadeiro pois *“o envelhecimento normal não afecta as faculdades mentais de uma forma previsível”*.

Diversos autores têm-se debruçado sobre este assunto dado que muitas atitudes em relação aos idosos e à velhice mostram o carácter estereotipado desta problemática.

Um dos preconceitos relativamente aos idosos é o “idadismo ou ageisme”, descrito por Butler citado por Berger e Mailloux-Poirier (1995,66) como sendo *“todas as formas de discriminação relativamente à idade”*. Esta ideia apresenta-se como estereótipo e preconceito discriminatório relativamente à idade, conduzindo a formas inadequadas de comportamento face à pessoa idosa.

Outro preconceito generalizada consiste na ideia de que a velhice corresponde a uma “segunda infância”, podendo também de ser chamada de “infantilização”. É uma forma discriminatória relativamente aos idosos, e que surge quando se denota um aumento da dependência e perda de autonomia, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social.

A “gerontofobia” surge como outra das atitudes discriminatórias relativamente às pessoas idosas. Descrita por Berger e Mailloux-Poirier (1995,65) como *“o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice”*. Esta atitude de gerontofobia afecta o comportamento das pessoas mais novas em

relação às mais velhas, podendo conduzir a um bloqueio afectivo das relações, conduzindo à resistência face a todo o processo de envelhecimento.

Estes comportamentos de gerontofobia têm-se desenvolvido na medida em que existem cada vez mais pessoas a não querer e a não desejar admitir que estão ou irão envelhecer. Ao fazê-lo, evitam o mais possível confrontar-se com a ideia do envelhecimento, uma vez que esta está ligada a toda uma série de imagens e de representações: de doença, de limitações físicas, de depressão e incapacidades várias.

Manifesta-se segundo os mesmos autores atrás citados por comportamentos desfavoráveis e negativos, pela recusa, pela apatia e indiferença face aos idosos. Referem ainda que *“a forma como uma sociedade antecipa e influencia o comportamento dos seus membros idosos reflecte os sistemas de valores que diferem de cultura para cultura. A cultura ocidental tem em relação aos idosos uma atitude negativa...”*.

Outra das atitudes negativas na nossa sociedade face aos idosos, consiste na ideia errónea de que, com o passar dos anos, o ser humano deixa de ter um desempenho sexual satisfatório e não apresenta as mesmas condições de desejo e prazer sexuais, chegando até mesmo a ser considerado como um ser *“assexuado”*. A ideia de que o envelhecimento produz apagamento das faculdades da pessoa na esfera sexual, não corresponde à realidade vivida por muitos idosos. Esta ideia tem sido responsável pela insuficiente atenção dispensada a uma das actividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade.

A sociedade, por sua vez, não contribui para que as pessoas idosas possam manifestar livremente a sua sexualidade, seja pelo contundente negativismo cultural no que diz respeito ao sexo na velhice, seja no reflexo de uma simples atitude de rejeição do indivíduo pelo facto deste ser idoso. Como a sexualidade no idoso não pode ser associada à procriação, muitas vezes, até por questões de ordem moral e religiosa, há uma tendência a negá-la ou, ao menos, torná-la um tema tabu. Por este motivo, algumas pessoas de idade avançada têm tomado

para si o estereótipo cultural negativo de inválido assexuado. O peso da cultura faz-se sentir no próprio idoso, que pode negar-se a relacionar-se com outros, inibindo assim qualquer manifestação sexual. Outro feito que pode ocorrer devido à pressão social, são os sentimentos de culpa no indivíduo de idade avançada por experimentar desejos sexuais. Assim, as dificuldades vividas neste campo afectivo repercutem-se negativamente na qualidade de vida dos indivíduos idosos.

Segundo Simões (1990,114) *“os idosos interessam-se pela vida sexual e mantêm-se sexualmente activos, embora não o manifestem com grande intensidade, pois interiorizam que causariam atitudes negativas nos mais jovens, ou que não o fazem devido muitas vezes à falta de um parceiro sexual, por exemplo na viuvez”*. Ainda segundo Kastenbaun citado pelo mesmo autor *“o indivíduo idoso é com frequência relegado para um segundo plano (...) a intimidade de duas pessoas que partilham, durante anos alegrias e tristezas juntas, abranda muito bem o efeito de um mundo que olha para os velhos, mas não os enxerga realmente”*. (pág.114)

Outro dos mitos persistentes acerca da velhice e dos idosos, que condiciona toda uma série de atitudes negativas, consiste na ideia errónea de que estes são inflexíveis, de comportamentos conservadores, mantendo obstinadamente os seus hábitos de vida e resistentes a qualquer mudança. Os idosos são percebidos em diversas situações como tendo um poder de iniciativa limitado com dificuldade em aderir a novos projectos.

Segundo Berger e Mailloux- Poirier (1995,67) citando Ebersole *“As pessoas são mais estáveis quando envelhecem, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando lhes surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas”*.

3 – ENVELHECIMENTO E SAÚDE

3.1 – CONCEITO DE SAÚDE

A definição do conceito de Saúde é algo complexo, que nas últimas décadas tem vindo a ser alvo de inúmeras abordagens e um assunto de interesse universal, sendo no entanto consensual que a saúde depende do percurso de vida de cada indivíduo, e engloba todos os seus antecedentes sócio-culturais bem como a sua constante relação com o meio em que está inserido.

Parafraseando Berger e Mailloux- Poirier (1995,108), *“a palavra saúde deriva da raiz latina sanus que significa são”*. Segundo o mesmo autor, “definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes, do meio sócio-cultural ou dos percursos de cada indivíduo.

Na perspectiva de Berger e Mailloux- Poirier (1995), cada disciplina/ciência (sociologia, psicologia, enfermagem ...) tem a sua própria visão do conceito de Saúde, a qual é sustentada por elementos como a família, o trabalho e a capacidade de cada indivíduo desempenhar o seu papel social adaptando-se e reagindo às mudanças a que está constantemente sujeito.

De acordo com o quadro de referência da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (2000,6), *“falar de saúde como a ausência de doença parece ser, cada vez mais um objectivo inatingível e sem sentido”*. Referindo ainda que *“A saúde pode ser desenvolvida, aumentada, preservada e estabelecida. Ela é influenciada pelo meio em que o ser humano está inserido, sendo aquele, por sua vez, condicionante da utilização do potencial, quer individual quer colectivo”*.

A saúde pode ser considerada como um equilíbrio dinâmico e homeostático, entre os componentes físico, psicológico e social, favorecendo uma adaptação ao meio ambiente e à própria pessoa, permitindo-lhe sentir-se bem consigo própria e na relação com os outros. Podendo ser encarada como um estado positivo na relação pessoa e ambiente, ou seja, entre a pessoa como um ser indissociável do ambiente, do qual recebe e transmite influências. É um processo dinâmico, uma

permanente transformação na busca de equilíbrio, e uma constante evolução de ser vivo.

Assim, não será legítimo que nenhuma disciplina científica se reserve o direito de abraçar uma definição única e universal uma vez que a abordagem do indivíduo não deve ser fragmentada, mas sim global, tendo em conta toda a sua dimensão sistémica. A própria definição da OMS (1947) que determinava que a saúde era um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é actualmente refutada por muitos autores por a considerarem imprecisa, irrealista e conseqüentemente inatingível.

Entretanto, a compreensão sobre saúde tem vindo a modificar-se, foi-se desenvolvendo um conceito mais amplo e mais completo sobre esta temática. A saúde é algo mais do que a ausência de doença, sendo consensual que se deve investir na investigação sobre os hábitos e costumes dos indivíduos, que tenham influência sobre a sua saúde e orientá-los no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Nem a saúde, nem a doença são estáticas ou estacionárias. Na base de cada condição de saúde ou de doença está o fenómeno de alteração constante, estas condições são processos contínuos, batalhas por parte do Homem para manter um saldo positivo contra, como já referimos, as forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a alterar o seu equilíbrio de saúde. As potencialidades de sucesso do homem, na luta para a manutenção da saúde, manifestam-se através dos seus mecanismos de defesa, internos e externos, contra estímulos que produzem doenças, de grandes limites de segurança e de reservas orgânicas, bem como de processos fisiológicos de recuperação de que é capaz.

De acordo com Gonçalves Ferreira (1990,17), *“O homem, como os outros seres vivos, esteve sempre e continuará a estar em luta permanente de adaptação às condições variáveis ou de riscos eventuais que o ambiente lhe cria. Estas condições implicam correntemente perigos para a saúde, se a adaptação de cada indivíduo ou afastamento desses perigos não forem adequados na intensidade do ajustamento”*. Sendo o atrás referido, para o mesmo autor *“uma consequência,*

em grande parte, da necessidade vital de cada individuo assegurar a sua sobrevivência fisiológica pelo equilíbrio adaptativo das funções orgânicas essenciais ao meio circundante, em que procura ou é forçado a viver, por sua vez sofrendo alterações frequentes". Deste modo, diversos autores têm vindo a acrescentar alguns pareceres de carácter mais global e dinâmico, o que permite validar o conceito de Saúde para todos os indivíduos independentemente da fase do ciclo vital em que se encontram.

Há que considerar a saúde como uma qualidade dinâmica de vida, e não como uma entidade estática. Ela é o resultado, como já constatámos, da interacção de vários factores e condições, em que as pessoas não podem ser consideradas rigidamente separadas em sadias ou doentes. Ainda que, dentro do que se possa considerar como estado de saúde, existem variações num determinado período de tempo, entre limites de um baixo a um alto nível de bem-estar. A pessoa pode adquirir habilidades e conhecimentos para realizar as suas funções, recorrendo a vários factores físicos, mentais e sociais que afectem positivamente o seu bem-estar.

3.2 – ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Sabemos que podemos viver cada vez mais anos e que a longevidade é uma conquista irreversível nos países mais desenvolvidos. Mas esse potencial horizonte de tempo depende, em muito, da forma como vivemos. Para além do património genético e das condições sociais, culturais e económicas que condicionam os percursos, há uma dimensão que só depende de nós.

Se já é comum dizer que se começa a envelhecer mal se nasce, importa reforçar a ideia de que o planeamento da velhice deve iniciar-se com precocidade. De acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995,123) *"O ser humano não envelhece de uma só vez, mas antes de uma maneira gradual, e a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso"*.

Promover a longevidade não faz sentido sem garantir a qualidade de vida na idade avançada e sem contribuir para a manutenção da autonomia, não devendo

ser uma preocupação meramente egoísta. A qualidade de vida depende em boa medida da saúde de que o idoso gozar. De facto, envelhecer com saúde é um imperativo ético de cada cidadão visando, não só a sua qualidade de vida, mas também procurando reduzir custos aos sistemas de protecção social.

A insuficiência de dados sobre o estado de saúde e o grau de dependência / autonomia das pessoas idosas no nosso país, bem como a sua diferenciação por regiões, obriga cada vez mais à reflexão e a tentar proceder a um diagnóstico da situação, conjuntamente com medidas concretas que acerem e permitam melhorar formas de intervenção necessárias.

É desejável conhecer e tentar compreender com mais clareza a realidade da saúde no envelhecimento da população portuguesa, a fim de promover novas e mais eficazes abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados de saúde, sempre que necessário. Hoje em dia, o envelhecimento da população revela-se de uma forma geral com uma tendência positiva, estando ligado à maior eficácia de medidas preventivas em saúde, e a todo o progresso da ciência e da tecnologia, no combate à doença, bem como na área da consciencialização de cada um de nós como principal agente da sua própria saúde.

Assim e, segundo Portugal, Ministério da Saúde (1999), *“muitos idosos mantêm um bom estado de saúde. Continuarmos a sentir-nos bem e saudáveis na velhice depende, em grande parte, de cada um de nós. Ninguém permanece saudável sem nada fazer por isso. É necessário cuidarmos, nós próprios, da saúde e do bem-estar”*.

Aqueles que, ao longo dos anos, adoptaram um estilo de vida saudável serão, certamente, os que têm as melhores condições de o conseguir.

Como tal, devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a sua própria saúde, e que todos nós podemos e devemos fazer algo para manter em constante equilíbrio os factores físicos, intelectuais e sociais, que nos podem ajudar a sentir-nos bem e de boa saúde. Desta forma, cada um de nós é responsável pela sua saúde, cabendo-nos promover ao longo da vida os cuidados necessários que possam abreviar o declínio precoce das capacidades físicas e

intelectuais, que podem no entanto surgir como consequência de diversas doenças que nos podem vir a afectar na ultima fase da vida.

Este imperativo coloca-se não só pelo bem-estar da pessoa, mas também em benefício da comunidade. Cabe também à sociedade organizada assegurar o exercício do direito à saúde dos indivíduos idosos que dela fazem parte, o que traz encargos comunitários, financeiros e de recursos humanos.

Quando se fala de saúde nos idosos e qualidade de vida, surge a tendência para valorizar aspectos negativos desta faixa etária. Não obstante a saúde ser um dado com bastante relevo, há que dar também importância às relações com os outros e com o meio que nos rodeia. O modo como as pessoas usam o seu próprio tempo e as suas emoções, condiciona o seu bem-estar e a sua saúde psicológica, podendo ser incentivador da aceitação das limitações e dos aspectos negativos inerentes à velhice.

É do conhecimento geral que o envelhecimento difere de pessoa para pessoa. A par dos factores genéticos que influenciam em grande escala todo este processo, há também a referir que envelhecer não se verifica de forma igual no homem e na mulher, no seio familiar ou sozinho, casado, solteiro, divorciado ou viúvo, com ou sem filhos, num meio rural ou num meio urbano, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, dentro ou fora do país de origem, activo ou reformado. (Ministério da Saúde, 1998)

De acordo com Costa (2002,42) *“Todas estas vertentes se relacionam, mais ou menos intensamente, com o isolamento, a família, o trabalho, os tempos livres, constituindo necessidades de saúde sobre as quais importa reflectir”*. Assim, a saúde e o envelhecimento dependem a inúmeros factores intrínsecos e extrínsecos à pessoa humana, sendo a individualidade e a diversidade deste processo um reflexo bem acentuado de cada um de nós.

Com base em tudo o que foi referido, a saúde no envelhecimento, sendo hoje um objectivo cada vez mais real e um tem de reflexão na nossa sociedade, não deve ser vista meramente numa perspectiva de saúde física, de valores utilitários ou

produtivos e de condições económicas; não obstante a sua importância, depende também em muito da influência dos valores humanos das relações.

4 – COMUNICAÇÃO

4.1 – CONCEITO

Etimologicamente comunicar é tornar-se comum. A comunicação surge como uma forma de passagem do individual, para o colectivo e é condição essencial de toda a vida social.

Podemos constatar que a palavra Comunicar deriva do latim “*Comunicãre*”, que significa dividir alguma coisa com alguém, segundo Costa e Melo (1998).

Comunicar é uma actividade multifacetada inerente ao homem. É universal e o seu estudo abrange uma grande complexidade. De acordo com Fiske (2005,14) “*A comunicação é uma daquelas actividades humanas que todos reconhecem, mas que poucos sabem definir satisfatoriamente*”.

A comunicação consiste também num grande conjunto de sinais, verbais ou não verbais, que nos permite exprimir algo aos outros, abrangendo e possibilitando o estudo do comportamento humano. Tudo o que fazemos com a nossa estrutura física, o nosso corpo, para nos comunicarmos com as outras pessoas, seja de uma forma verbal ou não verbal, constitui um comportamento social.

Segundo Fiske (2005,14), “*Toda a comunicação envolve signos e códigos. Os signos são artefactos ou actos que se referem a algo, que não a eles próprios, ou seja, são construções significantes. Os códigos, são os sistemas nos quais os signos se organizam, e que determinam a forma como os signos se podem relacionar uns com os outros*”.

Assim, a comunicação consiste num grande sistema de sinais, que nos permite transmitir algo aos outros. Os signos e os códigos são transmitidos àqueles com os quais comunicamos e de acordo com o mesmo autor, na base do atrás citado, “*a comunicação é a prática das relações sociais*”.

De acordo com Elhart et al (1983,131), podemos ainda definir a comunicação como *“um processo emissor – receptor, de canalizar mensagens entre indivíduos no campo do relacionamento de pessoa para pessoa. Um dos indivíduos é o emissor e o outro o receptor da mensagem. Nesta troca de mensagens ou ideias, os papéis de emissor e receptor alternam constantemente”*.

Comunicar é algo bastante complexo. A necessidade de comunicar é universal e surge como uma necessidade fundamental cuja satisfação é influenciada por uma panóplia de condições biopsicosociais. De acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995,475) *“A comunicação é mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico, verbal e não verbal, que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras, e que consigam por em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”*.

De uma forma geral, a comunicação consiste numa troca de mensagens e de significados. Como refere Phaneuf (2005,23), *“A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente e inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”*.

É fundamental o estudo sobre processos comunicacionais entre indivíduos, e segundo a mesma autora *“por intermédio da comunicação chegamos mutuamente a apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa”*. A comunicação é um processo essencial na formação do indivíduo, na medida em que este adquire consciência de si, interiorizando comportamentos, e na troca de mensagens influenciando a sua socialização.

4.2 – TEORIAS DA COMUNICAÇÃO

Diversos são os autores que ao longo das últimas décadas, se debruçaram sobre o complexo estudo da comunicação. Estes foram dando origem a diferentes

teorias, tentando explicar esse fenómeno diversificado e multifacetado, o comunicar entre os seres humanos.

Baseado em Fiske (2005) existem duas escolas principais acerca do estudo da comunicação:

A primeira escola encara a comunicação como uma transmissão de mensagens, estudando o modo como os emissores e os receptores codificam e descodificam, e o modo como os transmissores usam os canais e os meios de comunicação. Vêem a comunicação como um processo, pelo qual a pessoa afecta o comportamento ou o estado de espírito da outra, o autor referencia esta escola como “*escola processual*”.

A segunda escola encara a comunicação como uma produção e troca de significados. Estuda de que forma as mensagens interagem com as pessoas, de modo a produzir significados. Ou seja, estuda o papel dos textos na nossa cultura. Esta é referida como “*escola semiótica*”, sendo a semiótica a ciência dos signos e dos significados.

O autor refere-nos ainda que a primeira escola, a processual, tende à aproximação das ciências sociais, debruçando-se sobre os actos da comunicação. Enquanto que a segunda escola, a semiótica, aproxima-se das disciplinas da arte, da linguística e sobre trabalhos de comunicação. Ambas divergem relativamente à forma como entendem o que constitui a mensagem. Para a escola processual, a mensagem é tudo o que é transmitido pelo processo de comunicação. É o que o emissor nela coloca, independentemente dos meios utilizados.

Para a escola semiótica a mensagem é uma construção de signos, que pela interacção com os receptores, produzem significados. Toda a ênfase da comunicação vira-se para o texto, e não para o emissor como transmissor de mensagens.

Durante vários anos, muitos teóricos da comunicação tentaram criar modelos que descrevessem a comunicação do dia-a-dia. Segundo Lopes (2002,143), citando

Mucchielli e Guivarch (1998), os diferentes modelos são agrupados de acordo com o princípio subjacente. Assim temos:

. Os “*modelos positivistas*” (emissor e receptor, da comunicação em dois níveis) partem do princípio que a comunicação é dependente do impacto do conteúdo de uma mensagem.

. Os “*modelos sistémicos*” partem do princípio que a comunicação é sempre uma implicação de uma estrutura de relação entre um conjunto de actores. Interessa-se pela estruturação do conjunto das relações entre os actores da comunicação: é a noção de sistema.

. Os “*modelos construtivistas*”, preocupados com a génese do sentido, partem do princípio que todas as significações trocadas entre os actores de uma comunicação são fruto de processos de construção nos quais participam os actores. A comunicação é uma expressão participante na construção colectiva do sentido.

De acordo com o autor, “*os diferentes modelos por não “verem” a mesma “realidade”, têm um posicionamento diferente e utilizam conceitos diferentes*”.

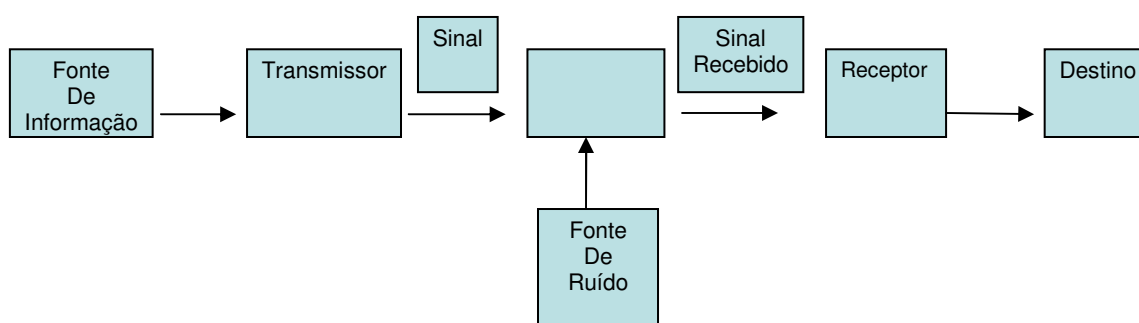
Iremos fazer referência a alguns modelos de comunicação mais conhecidos, elaborados por diversos teóricos da comunicação humana. Em 1948 o **Modelo de Comunicação de Harrold Lasswell** foi pioneiro nos estudos da investigação comunicativa, tendo apresentado o seu estudo nos Estados Unidos da América. De acordo com Fiske (2005,49), “*trata-se especificamente de um modelo de comunicação de massas*”. Para Lasswell ao tentar estudar os processos de comunicação, necessitamos da formulação das seguintes questões: Quem? Diz o quê? Em que canal? A quem? Com que efeito?

Esta teoria, de acordo com Fiske (2005), vê a comunicação como uma transmissão de mensagens, levantando a questão do “efeito”. O “efeito” implica uma mudança observável e mensurável no receptor. Segundo este modelo existe um emissor activo e um receptor passivo que se limita a receber e a reagir aos estímulos. Ao se alterar o emissor, a mensagem ou o canal, altera-se o efeito.

A investigação sobre massas seguiu implicitamente este modelo.

O **Modelo da Comunicação de Shannon e Weaver** apresenta-se em 1949 como um modelo básico, vendo a comunicação como um processo linear. De acordo com Fiske (2005,19), “a sua simplicidade suscitou muitas derivações, e a sua natureza linear, centrada num processo, suscitou muitas críticas”. Este modelo considera que o significado da comunicação está contido na mensagem.

Figura VI
Modelo de Comunicação de Shannon e Weaver



Fonte: Fiske (2005,20)

A fonte de informação é o elemento que inicia o processo de comunicação e que produz a mensagem inicial, seguido pelo transmissor, transformando a mensagem em sinais, transmitidos pelo canal de comunicação. Os sinais são recebidos pelo receptor, transformados por este em mensagem, levando-a ao destino, componente final da comunicação, que interpreta a mensagem.

De acordo com Fiske (2005,20), “Shannon e Weaver consideram que o significado está contido na mensagem, assim melhorando a codificação, aumenta a exactidão semântica. Mas aqui entram também em jogo factores culturais que o modelo não especifica, o significado encontra-se tanto na cultura como na mensagem”. No modelo atrás descrito, o ruído é algo acrescentado ao sinal, entre a sua transmissão e a sua recepção. As fontes de ruído são novas formas de sinais, não desejadas, e que podem alterar a informação inicial. O ruído pode surgir quando se observam deficiências no canal.

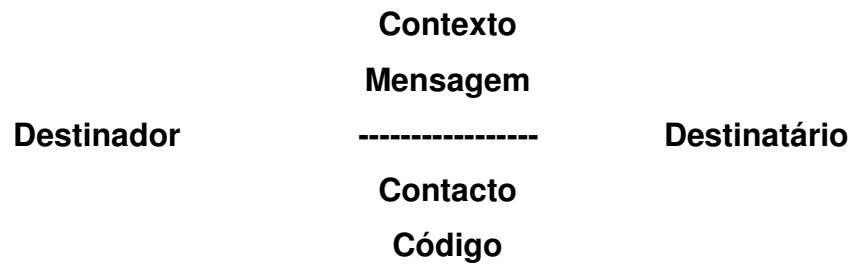
Com base no modelo de Shannon e Weaver surgem outros modelos de comunicação mais complexos. Uns dando ênfase aos processos pelos quais se selecciona a informação, entre a fonte e o emissor. E ao efeito de estruturação das notícias, enquanto que outros davam ênfase os efeitos que os destinatários tinham sobre os emissores (*feedback*).

Em 1956 o **Modelo de Gerbner**, que tentou elaborar um modelo de comunicação para fins gerais, mais complexo que o anterior descrito. Em que, de acordo com FISKE (2005), os principais progressos residem no relacionamento da mensagem com a “realidade” a que ela se refere, permitindo tratar questões de percepção e de significação. Este modelo vê no processo de comunicação duas dimensões que se alternam. A perceptiva ou receptiva, e a dimensão comunicante ou meios de controlo.

Todo o processo se inicia com um acontecimento, uma realidade externa, e de seguida a percepção dessa realidade, chamada de *dimensão perceptiva*. Para Gerbner, a percepção humana não é vista como uma simples recepção de estímulos, mas sim como um processo de interacção ou de negociação, implicando sempre um estímulo ou um impulso para organizar e compreender. Na *dimensão comunicante* a percepção é convertida em sinal, ao que chamamos habitualmente de mensagem: um sinal ou uma afirmação sobre um acontecimento, sendo esta dimensão tão importante quanto a anterior.

Em 1960, surge o **Modelo de Jakobson**, que tem semelhanças com outros modelos de comunicação já existentes. Jakobson sendo um linguista, interessa-se por questões como a significação e a estrutura interna da mensagem. Vindo assim, preencher lacunas entre as escolas processuais e as escolas semióticas. De acordo com Fiske (2005), o seu modelo é duplo. Começa por delinear os factores construtivos de um acto de comunicação e, delinea as funções que este acto de comunicação desempenha para cada factor.

**Figura VII: Modelo de Comunicação de Jakobson
(Os factores construtivos da comunicação)**



Fonte: Fiske (2005,55)

Neste modelo, o destinador procede ao envio de uma mensagem a um destinatário. A mensagem refere-se a algo, o contexto. Acrescentando também o contacto, que considera ser físico e as ligações psicológicas, entre destinador e destinatário. O factor final é um código, pelo qual a mensagem é estruturada. Fiske (2005,20) descrevendo o modelo de Jakobson afirma “*que cada factor da figura anterior determina uma função diferente da linguagem, e em cada acto de comunicação podemos encontrar hierarquia de funções*”. Refere ainda que Jakobson “*produz um modelo de estrutura idêntica para explicar seis funções (cada função ocupa no modelo o mesmo lugar que o factor a que se refere)*”. (pág.20)

Que se encontram representadas na seguinte figura

Figura VIII: As funções da comunicação



Fonte: Fiske (2005,55)

De acordo com Fiske (2005,55), a função Emotiva “*descreve a relação da mensagem com o destinador, é a função de comunicar as emoções, as atitudes*”. Todos esses componentes tornam a mensagem pessoal. A função Conativa

“refere-se ao efeito da mensagem no destinatário”. Relativamente à função Referencial surge como uma *“orientação da realidade da mensagem, é uma prioridade máxima na comunicação objectiva”*. A função Fática *“consiste em manter os canais de comunicação abertos, e em manter uma relação entre o destinador e o destinatário”*, permitindo desta forma a verificação se a comunicação se está a processar efectivamente. A função metalinguística *“diz respeito à identificação do código que está a ser usado”*. E por fim, a função Poética *“consiste na relação da mensagem consigo própria. Na comunicação estética, isso é manifestamente importante”*. (pág.55)

Em 1967, Watzlawick elabora o seu estudo sobre a **pragmática da comunicação humana**, defendendo a ideia de que as relações decorrem de uma interacção entre as pessoas e que estas formulam regras de interacção que passam a guiar os seus comportamentos comunicativos. De acordo com Watzlawick, existem algumas propriedades simples de comunicação, que têm implicações interpessoais fundamentais e que são da natureza dos axiomas.

O autor fundamenta a sua teoria no primeiro axioma, referindo (1967,44) *“não existe um não comportamento (...) todo o comportamento é uma situação interacional, tem valor de mensagem, isto é, é comunicação, por muito que o individuo se esforce é-lhe impossível não comunicar”*.

Desta forma, qualquer comportamento que seja percebido por um receptor é comunicação, logo a comunicação não se restringe apenas à vertente linguística ou intencional. Watzlawick (1967,45) define a comunicação humana como *“Actividade ou inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem”*. Desta forma, de acordo com o mesmo autor, a impossibilidade de não comunicar é um fenómeno de interesse mais do que simplesmente teórico pois refere *“Não se pode não comunicar”*.

Outro axioma apresentado para fundamentar a sua teoria, refere-se a que *“qualquer comunicação implica um compromisso e, por conseguinte, define a relação. Isto é outra maneira de dizer que uma comunicação não só transmite informação, mas ao mesmo tempo, impõe um comportamento”*. O significado das

mensagens usadas na comunicação varia de acordo com a relação entre os interlocutores. (pág.47)

Outro axioma citado por Watzlawick (1967,50), refere-se à pontuação da sequência de eventos. Este diz respeito à interação, ou seja à troca de mensagens entre os comunicantes, citando que *“para um observador externo, uma série de comunicações pode ser vista como uma sequência ininterrupta de trocas”*. Desta forma, as mensagens adquirem significados diferentes, de acordo com a sua sequência e com as pontuações feitas pelos interlocutores. Um quarto axioma relativamente à comunicação humana, é definido pelo autor como *“Os seres humanos comunicam digital e analogicamente”*.

Sendo a comunicação digital, feita por mensagens discretas adaptadas aos conteúdos, em que *“as palavras são sinais arbitrários que se manipulam de acordo com a sintaxe lógica da linguagem”*. A comunicação analógica, refere-se virtualmente a *“toda a comunicação não verbal”*, abrangendo *“a postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras, e qualquer outra manifestação não verbal que o organismo seja capaz”*. Watzlawick (1967,56)

O mesmo autor, faz referencia a um quinto axioma que diz respeito às permutas comunicacionais, sendo estas simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença, referindo que *“o paradigma da simetria – complementaridade é, talvez o que se aproxima mais do conceito matemático de função, sendo as posições dos indivíduos variáveis, com uma infinidade de valores possíveis, cujo significado, se manifesta unicamente em relação de reciprocidade”*. Watzlawick (1967,65)

Generalizando podemos dizer que a simetria está relacionada com a imitação, compreensão e identificação. Enquanto que a complementaridade está relacionada com a adequação e ao recurso aos outros, como forma de cada um se completar.

Fizemos referência a alguns modelos que se tornaram fundamentais para o estudo da comunicação humana, debruçando-nos sobre alguns teóricos que fundamentaram as suas teorias para explicar a comunicação nos seus múltiplos significados, a na sua complexa natureza. De acordo com FISKE um modelo surge como “um mapa”, representando caminhos e características de um dado território.

4. 3 – COMUNICAÇÃO E ENFERMAGEM

A enfermagem é “*a ciência e a arte de cuidar*”. De acordo com o quadro de referência da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (2000,7), “*Cuidar significa ajudar o Homem a Ser, isto é, a reconhecer / utilizar o seu potencial humano que lhe permite lidar com os problemas da vida no contexto que lhe é presente*”.

Em enfermagem para cuidar, dignificando, humanizando e personalizando cada vez mais os cuidados de enfermagem, a comunicação faz parte integrante de toda a actividade do enfermeiro, tornando-se impossível não comunicar. O enfermeiro surge tanto como emissor, como receptor de mensagens, adquirindo a capacidade de apreensão de mensagens significativas dos utentes, tentando responder às necessidades individuais de cada um através do seu contacto quotidiano. De acordo com Phaneuf (2005,15) “*A comunicação é uma ferramenta de base para a instauração de uma relação de ajuda, modalidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem*”.

Parece bastante simples pensar que a comunicação em enfermagem supõe apenas uma troca de informação. Na maioria das situações todas as mensagens trocadas com os utentes, apelam aos seus pensamentos, às suas atitudes, às suas crenças e aos seus valores, usando as dimensões da sua memória e das suas experiências até então vividas.

Desta forma, a comunicação em enfermagem torna-se fundamental, fazendo parte de toda a actividade e de todos os actos do enfermeiro. Este, ao exercer a

sua prática deve criar um clima de abertura em que toda a linguagem, quer verbal ou não verbal, seja compreensível.

Em suma, toda a comunicação em enfermagem deve ser um processo de compreensão recíproca, permitindo uma troca de informações, opiniões e sentimentos num contexto pessoal e de profunda abertura. Assim, o enfermeiro exerce influência sobre os utentes de quem cuida, devendo fazê-lo promovendo uma comunicação o mais eficaz possível, numa relação aberta e de lealdade devendo ter em conta uma conduta que de acordo com Phaneuf (2005,25), permita:

- . *“Manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de ajudar.*
- . *Manifestar-lhe o seu respeito pelo o que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre.*
- . *Conservar a confidencialidade.*
- . *Criar com a pessoa cuidada, uma aliança terapêutica onde os objectivos a perseguir são partilhados e testemunham confiança recíproca.*
- . *Manter-se aberto a percepções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada.*
- . *Honrar compromissos em relação à pessoa cuidada, não lhe falhando quando ela necessita de apoio.*
- . *Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança.*
- . *Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de falta de empenhamento”.*

Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus utentes torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o utente sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa.

A comunicação em enfermagem abrange diversas componentes, sendo a expressão verbal a mais utilizada mas nem sempre a mais eficaz. A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura a sentido, mas também a toda a vertente não verbal, a todos os sinais corporais emitidos, e ao contexto em que são emitidos. Como refere Phaneuf (2005,24) *“A comunicação compreende uma*

troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta ultima parte da comunicação advém do plano emotivo”. Refere ainda que “a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas”.

Torna-se importante que o enfermeiro adquira a noção de que a comunicação se situa em dois planos, o plano cognitivo, em que a abrangência é intelectual e afectiva, relacionando factos e acontecimentos que são transmitidos por palavras. E um plano afectivo, em que há partilha de emoções e sentimentos, traduzindo-se quer na comunicação verbal, quer no comportamento não verbal, que subentende as palavras.

A comunicação verbal é essencial para a prática de enfermagem, através do uso das palavras para a transmissão de mensagens. Pode ser conseguida, também, através da escrita, tornando-se eficaz desde que haja compreensão entre emissor e receptor.

A linguagem torna-se o instrumento essencial da comunicação verbal, que deve ter significados compreensíveis dentro de um mesmo grupo. Entre enfermeiros e utentes uma mesma palavra pode ter diversos significados, de acordo com cada indivíduo, o que por vezes não garante que esse significado seja interpretado do mesmo modo por todos. Esta situação pode conduzir a falhas que se apresentam como barreiras a uma comunicação eficaz.

Torna-se de suma importância que todo o enfermeiro deva centrar a sua atenção no comportamento do utente e em toda a vertente de comunicação não verbal. A expressão facial, a postura, os gestos, o contacto visual, a orientação do corpo do utente e a distância entre ambos, assumem grande relevo na transmissão de mensagens, no diálogo e na constituição de um ambiente de segurança psicológica, propício à divulgação e discussão de problemas. De acordo com Phaneuf (2005,69) *“No domínio da saúde, onde as interacções enfermeiro – pessoa cuidada se fazem frequentemente num clima de tensão, de medo e de sofrimento, o comportamento não verbal do doente, torna-se um elemento importante da comunicação, elemento que o enfermeiro deve observar”.*

É através da linguagem não verbal, que na maioria das vezes, o utente exprime as suas sensações, as emoções, os sentimentos e que complementa o que verbaliza através das palavras.

Desta forma, o que na maioria das situações não se torna só por si explícito através das palavras, transparece então nos gestos, nas emoções e nas expressões das pessoas. Como refere Phaneuf (2005,69) citando Annick Oger-Stefanink (1987), *“A informação não verbal é superior à informação verbal, o seu impacto é imediato. Quer seja consciente ou inconsciente, intencional ou não intencional, ela não pode ser anulada por palavras”*.

Mas, para o enfermeiro toda esta linguagem não verbal, pode criar dificuldades de descodificação, pois diversos sinais enviados pelo utente poderão tomar diversos significados, segundo as origens e a cultura de cada indivíduo, implícitos no processo comunicacional.

Existem diversas manifestações não verbais dos utentes para as quais os enfermeiros deverão estar atentos. A sua detecção e avaliação rigorosas indicarão muito acerca da comunicação estabelecida e do tipo de resposta mais adequada a dar, de uma forma humanizada e individualizada a cada pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Essas manifestações são essencialmente: **. Os movimentos, os gestos e a postura corporal**, podem ajudar de modo útil a esclarecer os conteúdos verbalmente expressos pelas palavras.

Muitas vezes, o doente utiliza determinados gestos ou movimentos para expressar sentimentos e emoções. De acordo com Phaneuf (2005, 76) *“Os gestos que uma pessoa faz têm diversos significados. Alguns servem para ilustrar ou para amplificar o que ela diz ou o que ela sente (...) outros, indiscretos, vêm contradizer o que é afirmado”*.

O enfermeiro deve estar atento aos gestos das pessoas de quem cuida, sendo importante compreender o que os gestos significam em diferentes culturas, a fim de evitar falhas na comunicação com pessoas de diferentes origens. Tal como os gestos e os movimentos, também a postura corporal e a posição do doente, nos podem fornecer indicadores sobre o seu estado físico e emocional.

Um doente que se apresente de postura erecta, pode corresponder a um sentimento de estar em boa forma, contrariamente um doente com uma postura curvada, com a cabeça baixa, de braços cruzados, pode ser indicador com um estado depressivo.

. **As expressões faciais** tornam-se um dos aspectos mais importantes de uma relação comunicativa, pois adquirem uma imensa variedade, com múltiplos significados, complementando ou não a comunicação verbal.

Os olhos e a face geram comportamentos não verbais muito reveladores de mensagens, não expressas nas palavras. Quando se pretende dirigir a palavra a alguém, a primeira atitude, em geral, é o focar do olhar. Assim, o enfermeiro ao dirigir o seu olhar a um doente está a proceder a um primeiro contacto comunicativo, sendo na maioria das situações um ponto de influência para a relação que se estabelece posteriormente.

As fugas constantes no olhar, ou um olhar fixo, necessitam também elas ser interpretadas pelo enfermeiro. Não são à partida facilitadoras de uma relação, podendo ser um sinal de desinteresse ou de inibição. Também as expressões faciais, tomam uma verdadeira importância nos momentos em que o doente dirige o olhar ao enfermeiro, com a finalidade de descobrir no enfermeiro qualquer tipo de reacção às suas comunicações, de aprovação ou de negação, de aceitação ou de rejeição.

. **Os comportamentos paraverbais**, como a voz, o choro e os soluços, podem ser ruídos emitidos durante uma conversação, entre o enfermeiro e o doente, que adornam e complementam toda a vertente comunicacional. Podem marcar sentimentos como admiração, espanto, tristeza, descontentamento, entre outros. Muitas são as teorias que se referem à voz como um indicador da personalidade dos indivíduos. Uma voz baixa, monótona e arrastada, será um indicador ou caracterizar uma pessoa triste e depressiva. Do mesmo modo, uma voz forte, pode ser indicadora de segurança pessoal e de vitalidade.

. **A distância ou proxémica**, surge como um factor determinante do nível de intimidade entre os interlocutores num processo comunicativo. O tamanho deste território parece ser influenciado e determinado culturalmente e variar de cultura para cultura. As pessoas de uma mesma cultura respeitam o território individual umas das outras e usam sinais de linguagem corporal culturalmente aceites. Na nossa cultura ocidental, a maioria das pessoas mantêm distâncias semelhantes umas das outras, de acordo com as suas relações e com as actividades que desempenham.

De acordo com Phaneuf (2005,79) *“O tocar e a utilização de espaço de distância, estão ambos ligados ao conceito de territorialidade, conceito em função do qual, o ser humano estabelece as suas marcas, quer dizer os limites do espaço pessoal que ele entende para reservar para a sua protecção”*.

É de grande interesse, que o enfermeiro respeite e compreenda qual a distância física que deve manter, e que o doente quer conservar em relação a si, no sentido de facilitar toda a vertente comunicacional da relação.

O toque, tal como foi referido atrás também o toque está relacionado com o conceito de territorialidade. Este pressupõe uma entrada no espaço pessoal e imediato do outro, da pessoa que vamos cuidar ou com quem vamos comunicar. A enfermagem é uma profissão em que as mãos são muito utilizadas, pois torna-se necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem, diariamente tocamos as pessoas que cuidamos. Para o enfermeiro, o toque pode tornar-se fundamental e facilitador de uma relação comunicativa. O toque intencional pode ser reconfortante para quem o recebe, ficando muito para lá do gesto técnico da profissão.

O toque em enfermagem, pode surgir como um toque terapêutico, sendo um gesto que requer muita sensibilidade, podendo ter diversos significados como o estar com, estar de acordo, interessar-se, compreender, ou gostar de cuidar alguém. O simples facto de pegar na mão de um doente e de a segurar durante alguns segundos, dá começo a um contacto caloroso que inicia bem a relação.

Muitos doentes necessitam do toque, pois surge também como um indicador de que alguém, naquele momento, lhes está a dispensar alguma atenção. No

entanto, temos de ter também a noção de que nem sempre o toque é por todos aceite. Este pode ser entendido como uma violação do território pessoal da pessoa, podendo perturbar uma relação terapêutica.

Contudo, apesar das diversas ambiguidades acerca do toque, este continua a mostrar-se como uma forma comunicacional importante nos cuidados de enfermagem, sendo uma medida importante quando se pretende diminuir a ansiedade dos doentes.

. **O contexto** em que ocorre a comunicação, surge como um factor que influencia a comunicação do doente com o enfermeiro. De acordo com Phaneuf (2005,91) *“Ao contexto situacional junta-se o contexto inter-pessoal, que decorre da interacção enfermeiro – pessoa cuidada. A atitude autoritária ou conciliante da enfermeira, ou o comportamento impertinente ou aberto do próprio doente, influenciam o contexto comunicacional”*. Desta forma, toma importante relevo o contexto em que se desenrola a comunicação com os doentes, bem como as atitudes e as características dos intervenientes.

Também o contexto físico ou seja, o local ideal para que a comunicação ocorra, toma pertinência de ser analisado. A protecção contra os ruídos exteriores, mantendo a privacidade e individualidade da pessoa, ficando assegurado o devido ambiente facilitador. Nem sempre o enfermeiro consegue as condições físicas ideais, quando se tratam de locais só por si movimentados e barulhentos e com poucos espaços onde possa ocorrer uma conversação, sem ser num corredor, tendo assim, que haver um esforço redobrado para o fazer nas melhores condições possíveis.

Para que possa ocorrer uma boa comunicação, e para que os doentes possam partilhar com os enfermeiros os seus problemas, as suas preocupações e angústias, deve ser estabelecida uma relação de respeito, confiança e atenção, onde sejam observados todos os comportamentos não verbais dos doentes.

Para que a comunicação se estabeleça o mais eficazmente possível, ficando tanto mais facilitada quanto possível, deve existir concordância entre a comunicação verbal e não verbal dos doentes e enfermeiros. Como refere

Phaneuf (2005,92) “*Esta concordância entre o verbal e o não verbal, necessária à comunicação, faz também apelo à autenticidade*”, referindo ainda que “*A pessoa autêntica é aquela que não procura enganar, que se apresenta sem máscara de correcção social, sem a protecção da carapaça profissional, quer dizer, tal como ela é*”.

Se entendermos por cuidados de enfermagem, ajudar a pessoa a tornar-se o mais independente possível nas suas actividades, de acordo com as suas limitações, mantendo o máximo conforto possível, através de acções de enfermagem, espera-se que os enfermeiros utilizem a observação e a comunicação como meios para prestar bons cuidados, estabelecendo a melhor comunicação possível de acordo com as características individuais de cada doente.

Desta forma, existem diversos **factores facilitadores da comunicação em enfermagem**, tornando-se essencial falar destes quando se fala de comunicação em enfermagem.

Maximizar a comunicação terapêutica requer o uso de estratégias que permitam que o doente fale sobre si ou sobre os seus problemas e dúvidas. É de todo o interesse que se possa implementar e aperfeiçoar técnicas de comunicação, constituindo uma vantagem relativamente à prestação de cuidados a doentes e famílias, e também na promoção e conservação da saúde. É também relevante que o enfermeiro se sinta à vontade no seu relacionamento com o doente, para que possa desempenhar as suas inúmeras funções implícitas no processo de enfermagem.

Antes do enfermeiro iniciar um processo comunicativo com os doentes, deve ter a clara noção dos factores que facilitam uma comunicação terapêutica. Esta é uma aptidão essencial na prática dos cuidados.

. O enfermeiro deve **saber apresentar-se**, sendo esta uma importante premissa da comunicação, como refere Phaneuf (2005,113) “*Antes de definir mais longamente a comunicação funcional, é importante mencionar a necessidade,*

quando encontramos a pessoa cuidada, de a saudar e de nos apresentarmos referindo as nossas funções”.

. **Estar atento e disponível.** Facilita a relação se o enfermeiro estiver atento aos doentes com quem necessita de se relacionar para a prestação de cuidados. Mostrar que está atento, pode ser demonstrado através de comportamentos de disponibilidade para com a pessoa cuidada. O estar disponível é uma técnica facilitadora da comunicação, em que o enfermeiro mostra que está com o doente, falando com este ou, simplesmente, ficando junto dele em silêncio quando a situação assim o exige.

Oferecer a sua presença pode ser muito útil quando se está na presença de alguém que tem dificuldade de exprimir as suas dúvidas, os seus medos e receios, os seus sentimentos e os seus pensamentos.

. **Respeitar o silêncio,** torna-se muito importante que o enfermeiro respeite o silêncio dos doentes. Este faz parte integrante da comunicação interpessoal. O silêncio não pode ser visto como o contrário das palavras. Ele pode acompanhá-las, complementá-las, reforçando ou negando o seu sentido.

Este surge como um interlúdio em que não há qualquer troca de palavras, mas em que se pode verificar e avaliar muito acerca da linguagem não verbal do doente. Em muitas situações, o silêncio expectante do enfermeiro encoraja o doente a começar a falar, noutras o doente prefere ficar em silêncio proporcionando-lhe uma organização de pensamentos e uma análise dos seus sentimentos.

. **Atitudes de receptividade,** são atitudes que demonstram aceitação, respeito e de escuta activa para com o outro. Como refere Phaneuf (2005,113) *“As atitudes de receptividade são aquelas que, na enfermeira, manifestam a sua vontade de se abrir ao outro, de o escutar e de o aceitar”*, diz-nos ainda que *“As atitudes de receptividade são tanto verbais como não verbais. Compreendem todos os comportamentos e atitudes que, de uma maneira ou de outra, fazem saber à pessoa que estamos abertos a ela, que continuamos lá para a escutar”*.

Desta forma, é importante por parte do enfermeiro a atitude de aceitação relativamente aos doentes, sendo fundamental demonstrar atitudes de respeito aceitando o outro tal como ele é, com as suas qualidades e defeitos, sem fazer críticas ou juízos de valor, sem o ridicularizar ou inferiorizar.

Referindo Phaneuf (2005, 336) *“Aceitar uma pessoa não é caucionar ou aprovar o seu comportamento, significa somente acolher, sem julgamento e sem exigência de mudança. Este conceito de aceitação nasce do respeito que devemos ao ser humano devido à sua dignidade e ao reconhecimento da sua liberdade”*.

. **As atitudes de partilha**, permitem clarificar mensagens de carácter comunicativo. Como refere Phaneuf (2005, 116), *“As atitudes de partilha são comportamentos de natureza verbal que permitem explicitar a mensagem e torná-la acessível ao outro, e desenvolver estratégias úteis nas relações interpessoais”*. O enfermeiro deve partilhar com os seus doentes, os conteúdos das mensagens, explicitando, o melhor possível, toda a linguagem verbal e não verbal, de forma que esta fique explícita aos dois interlocutores e haja compreensão mútua. A linguagem utilizada deve ser adequada ao doente para que não se verifiquem falhas que conduzam a uma comunicação ineficaz.

. **A empatia**, é a percepção e a compreensão exacta dos sentimentos do doente. É a experiência de *“estar no lugar da outra pessoa”* sem, no entanto, sentir ou pensar os sentimentos ou pensamentos dele. É ajudar dando a máxima atenção ao que a pessoa está a vivenciar em determinada situação. Como refere Phaneuf (2005, 347) *“A empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive, e que lhe leva o reconforto de que ela tem necessidade”*.

A empatia surge, como um meio de expressão de compreensão do enfermeiro, no centro de uma relação de ajuda, em que manifesta compreensão profunda, conseguindo-se colocar no “lugar do outro” e compreender as suas dificuldades e angústias, sem no entanto viver as suas emoções. É um sentimento nobre, mas existe uma certa dificuldade de ser manifestada por parte dos enfermeiros em

situações que revelam crises com as quais os enfermeiros se possam identificar, tornando-se, por vezes, um conceito paradoxal.

Existem diferentes formas do enfermeiro manifestar a sua empatia, facilitando a relação comunicativa, uma vez que o doente tem, na maioria das vezes um desejo profundo de ser compreendido. O enfermeiro deve adoptar um comportamento não verbal adequado à pessoa que necessita de ajuda. Deve exprimir compreensão através do toque, utilizar uma postura corporal de alguma proximidade, deve utilizar um tom de voz adequado à situação, sincronizado com as emoções do momento. O seu rosto deve exprimir uma atenção profunda mostrando uma atitude de disponibilidade.

. **A escuta activa**, surge como um processo facilitador de uma relação comunicativa entre enfermeiro e doente. Todos aceitamos que a escuta é uma das actividades mais importantes no nosso quotidiano e, paradoxalmente, a que tem menos formação. Esta é considerada por muitos como um dom natural. No entanto, a prática diária demonstra precisamente o contrário. O acto voluntário de escutar não é fácil de realizar, é um acto exigente que necessita envolvimento integral por parte do enfermeiro, necessitando de uma vigilância sensorial, intelectual e emotiva constantes.

De acordo com Phaneuf (2005,152) “*A escuta é ao mesmo tempo olhar e observação, a apreensão das palavras e do seu significado, entoações da voz e emoções subjacentes*”. De acordo com a mesma autora, a escuta é o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha necessárias à comunicação e à relação de ajuda.

Escutar, tal como defende Lazure não é, de maneira alguma, sinónimo de ouvir. Escutar é constatar, e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores. Escutar deve ser uma característica intrínseca à prática da enfermagem e uma forma de conseguir ouvir muito, para além das palavras pronunciadas pelo doente.

Assim, a escuta é um processo complexo e fundamental na prática de enfermagem. Deve ser complementar à observação do doente. Como refere Phaneuf (2005) reveste-se por quatro etapas:

A primeira etapa, passa pela apreensão da mensagem. É importante na medida em que são percebidos estímulos por parte do enfermeiro. É uma fase que pode ser perturbada por algumas condicionantes, como a abundância de estímulos, as dificuldades ambientais, algumas fragilidades na percepção e na nossa atenção.

A segunda etapa, consiste em entender a mensagem. Escutar pode não significar entender. É nesta fase que o enfermeiro deve decodificar a mensagem escutada, estabelecendo pontes entre o comportamento verbal e não verbal do doente, extraíndo os devidos significados.

A terceira etapa, é aquela em que é manifestada alguma reacção pertinente que mostra ao doente que o compreendemos e que o seu sofrimento foi entendido.

A mesma autora refere-nos a importância da “*escuta activa*”, afirmando que esta “*se trata de um método de condução da entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio de questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma compreensão dos factos*”. (pag.157)

Na escuta activa, o enfermeiro demonstra, através do seu comportamento, a sua compreensão, dando o reflexo de que compreende o que é transmitido, favorecendo o aprofundamento e a precisão da mensagem do doente.

Existem ainda outros factores que facilitam a comunicação em enfermagem. Entre eles temos **a objectividade**. Esta é a percepção do enfermeiro estar centrado na realidade do processo de comunicação, permitindo prestar atenção aos pensamentos e sentimentos do doente, mesmo quando ele não o faz através das palavras. A objectividade reveste-se de uma avaliação concreta da relação estabelecida com o doente, compreendendo as experiências deste e identificando as suas dificuldades, com o objectivo de fornecer orientação para o desenvolvimento de capacidades adequadas à resolução de problemas.

A autenticidade, que se refere à capacidade do enfermeiro ser autêntico, honesto, verdadeiro, aberto e sincero na forma como se relaciona e comunica com o doente.

A franqueza, surge como a capacidade que reflecte uma forma real de relacionamento, sem violar fronteiras, em que o enfermeiro escolhe o que partilhar com o doente e o faz de uma forma autêntica.

O sentido de humor nos cuidados de enfermagem facilita, segundo alguns autores, a comunicação entre enfermeiros e doentes. Muitas pessoas questionam que seja apropriado o uso de qualquer forma de humor numa relação terapêutica. Este deve funcionar como um factor terapêutico, sem ser um humor mórbido ou um humor baseado em sarcasmos ou que rebaixe alguém. Desta forma, não se apresenta como um talento que possuam todos os enfermeiros, nem se apresenta com aplicável a todas as situações. Deve ser avaliada a capacidade de cada doente apreciar, ou não, o humor e de este ser terapêutico, ou não.

Os enfermeiros devem desenvolver competências de comunicação eficientes, de modo a valorizar o seu trabalho com diferentes grupos de doentes, de diferentes idades, de diferentes sexos, de diversas culturas e com diferentes limitações e problemas de saúde. Oferecer cuidados efectivos apenas do ponto de vista técnico, sem prestar atenção à pessoa, sem comunicar e escutar eficientemente, além de constituir uma negação do respeito que lhe assiste, é prova de insuficiência de cuidados de enfermagem de qualidade.

Da mesma forma que procuramos conhecimentos teóricos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para prestar cuidados físicos, também o devemos fazer para a comunicação enfermeiro – doente em todas as suas vertentes. Não há uma fórmula única para todos os doentes, mas há contudo um contacto humano, um tempo para escutar e para comunicar, e uma presença afectiva que todos desejam e merecem.

CAPITULO III – ESTUDO EMPÍRICO

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

1.2 - Caracterização do Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E.

O Hospital Nossa Senhora do Rosário iniciou a sua actividade assistencial em Setembro de 1985, com um maior número de camas relativamente ao hospital antigo, passando a ser designado de Hospital Distrital do Barreiro.

Em Setembro de 1995, viu a sua designação ser alterada para Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, por despacho do Ministro da Saúde, tendo por base que desde 1736, que no Concelho do Barreiro se realizam as festividades em honra de Nossa Senhora do Rosário, sua padroeira. Esta alteração teve a respectiva aprovação do Bispo de Setúbal e do Concelho de Administração.

Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei nº 299/2002 transformou a instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Três anos mais tarde o Decreto-Lei nº 233/2005 transformou a instituição em entidade pública empresarial, passando a ser designada Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E.

O Hospital passou a ser um Hospital Distrital Geral com 35 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegura, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.

Em Janeiro de 1998 os Serviços, até então independentes, foram agrupados em “Áreas Funcionais”, de acordo com a intenção de prosseguir com um modelo organizacional que privilegiasse uma estrutura departamental. A departamentação que consiste num processo de integração de Serviços e Unidades com afinidade técnica e/ou funcional, tinha com objectivo principal, a prestação de cuidados com melhor qualidade e melhor eficiência.

Com uma área de influência que engloba os Concelhos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a instituição serve uma população de cerca de 200 mil habitantes, de acordo com o Censo 2001.

O Hospital Nossa Senhora do Rosário – E.P.E. tem por objectivo principal, a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral.

Tem a Visão de ser um hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional. Tem a Missão de assegurar os cuidados de saúde ao nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua. Para tal, promove de forma sistemática a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições. Fomenta como Valores o Profissionalismo, o Humanismo, a Inovação, o Rigor, a Eficiência e a Responsabilidade.

1.2. - Caracterização do Serviço de Urgência

O Serviço de Urgência abriu as suas portas em Setembro de 1985, após a abertura de alguns serviços de internamento do hospital. É um serviço polivalente ao qual acorrem doentes em situação de urgência e emergência com as mais variadas patologias, durante vinte e quatro horas por dia, e funciona com uma equipa pluridisciplinar constituída diariamente por médicos de diversas especialidades, enfermeiros, auxiliares de acção médica, administrativos e assistente social.

O Serviço de Urgência é um serviço que tem sido alvo de modificações. A sua área física tem vindo a sofrer remodelações ao longo dos anos, dividindo-se neste momento em duas grandes áreas principais: a área de internamento e a área de ambulatório.

Na área de internamento estão incluídos dois sectores, a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (U.I.P.A.) e o Serviço de Observação (S.O.)

Na U.I.P.A. são internados doentes que requerem um grau de vigilância mais elevado, ou seja, quando apresentam um estado clínico mais crítico e quando necessitam de cuidados médicos e de enfermagem mais diferenciados e intensivos. É uma unidade que comporta 8 camas, duas delas com ventilador, e que recebe doentes provenientes do exterior, de outro sector do serviço e de outros serviços do hospital, sempre que a situação do doente assim o exija.

O S.O. é uma sala de observação onde são acolhidos doentes que apenas devem permanecer internados um período máximo de 24 horas, o que na maioria das vezes não se verifica devido à inexistência de vagas nos serviços de internamento, ou por evolução desfavorável do estado clínico do doente.

A área de ambulatório sub divide-se em três grandes áreas. Uma área médica, uma área cirúrgica e um local de triagem de doentes.

Na área médica, vulgarmente chamada de Balcões da Medicina, são observados e realizados tratamentos a utentes com patologias do foro médico. Esta área comporta ainda uma Sala de Oxigeno terapia, onde são observados utentes do foro respiratório e realizados os respectivos tratamentos.

Fica também situado na área médica um Balcão de Ortopedia, possibilitando observação especializada a utentes do foro ortopédico e traumático.

Na área cirúrgica, vulgarmente chamada de Balcões da Cirurgia, são observados e realizados tratamentos a utentes com patologias do foro cirúrgico.

Esta área inclui a Sala de Directos, sendo uma área destinada aos utentes que necessitem de uma intervenção médica e de enfermagem imediata podendo, ou não, ser posteriormente sujeitos a internamento. Inclui também uma sala de Pequena Cirurgia.

É de suma importância referir que existe no serviço de urgência, uma Sala de Reanimação Cardio-Respiratória, situada entre a área médica e a área cirúrgica, à entrada do serviço, onde são atendidos os doentes em situação de emergência, podendo, ou não, ser efectuadas manobras de reanimação cardio-respiratória, de acordo com a situação clínica do doente.

Existe também uma Sala de Triagem de utentes, que inclui dois postos de triagem. Esta é efectuada por enfermeiros, com o objectivo de que os utentes à chegada, sejam atendidos por prioridade relativamente à gravidade da sua situação clínica e não por ordem de chegada ao serviço. Os doentes são encaminhados para a área correspondente à sua situação clínica.

2- METODOLOGIA

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação segundo Fortin (1999,22). Assim a metodologia apresenta-se como um conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, na selecção adequada de conceitos, na elaboração das hipóteses e na aplicação das técnicas ajustadas à colheita de dados.

Segundo Gil (1995), o método é o *“caminho para se chegar a determinado fim”* e o método científico é *“o conjunto de procedimentos, intelectuais e técnicos adoptados para atingir o conhecimento”*. Deste modo, para um conhecimento ser científico, é fundamental identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método através do qual se conseguiu adquirir determinado conhecimento.

Neste capítulo será apresentado o tipo de estudo realizado, os objectivos do estudo, população alvo, técnicas de amostragem, o método de recolha de dados.

2.1 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo, de acordo com Fortin (1999,133), *“descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”*. Ainda segundo a mesma autora *“a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses”*.

Atendendo ao nosso problema, optou-se por desenvolver um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa.

Estudo descritivo porque *“Esta área de investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto da investigação”* Carmo e Ferreira (1998:213).

Estudo exploratório “cujo *objectivo é, como o nome indica, proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade*” Carmo e Ferreira (1998:47).

2.2 – HIPOTHESES DO ESTUDO

A revisão da literatura efectuada levou-nos a considerar a opção mais apropriada dos instrumentos de medida relativamente às representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência, face ao doente idoso. Neste sentido, sendo o envelhecimento uma área tão abrangente, e tendo em conta a nossa experiência e vivência pessoal e profissional de anos de contacto com este grupo social, fazemos uma reflexão, centrando a questão da pessoa e na pessoa, em situação de trabalho num serviço de urgência, na prestação de cuidados de enfermagem ao doente idoso, surgindo algumas hipóteses de investigação:

- Quais são as representações sociais, positivas e negativas, que os enfermeiros do serviço de urgência têm face ao Envelhecimento, à Velhice, ao Idoso e ao Velho?
- Os enfermeiros do serviço de urgência têm maioritariamente representações negativas ou positivas acerca do idoso e do envelhecimento, dada a natureza da sua actividade profissional?

2.3 – AMOSTRA

A técnica de amostragem utilizada, foi não probabilística de conveniência. Tal como refere Carmo e Ferreira (1998:197) “*Na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários*”. Desta forma, a amostra foi constituída por um grupo de indivíduos que demonstraram acessibilidade, estando presentes no local onde decorreu o estudo, no tempo determinado.

A dimensão da amostra prendeu-se com a totalidade de enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário, S.A. – Barreiro, ou seja 38 enfermeiros, que desempenham a sua actividade profissional há mais de um ano, na prestação directa de cuidados de enfermagem.

2.4 – TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Martins (2004,73), refere que *“os instrumentos de colheitas de dados em investigação, são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária”*. Deste modo, a selecção do instrumento da colheita de dados deve estar directamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa.

Na perspectiva de Fortin (1999,134), *“os dados a colher com a ajuda de um instrumento de medida devem ser exactamente os necessários para responder aos objectivos da investigação.”*

O tipo de método de recolha de dados a utilizar depende, fundamentalmente, da natureza do problema de investigação que é levantado, devendo ter-se em conta diversos factores aquando da sua escolha, tais como os objectivos do estudo, as variáveis definidas e a sua operacionalização, a validade e fidelidade do método de recolha de dados, entre outras.

A recolha de dados foi efectuada no Serviço de Urgência do Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. – Barreiro. Os sujeitos que fizeram parte da amostra foram inquiridos através de um inquérito por questionário.

De acordo com Fortin (1999,249) *“Um questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos”...“É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a normalizar e a controlar dados, de tal forma que as informações procuradas passam a ser colhidas de uma maneira rigorosa”*.

No nosso estudo, as questões foram concebidas com o objectivo de colher informação acerca da temática em estudo. Conceber o instrumento de medida, o

inquérito por questionário, implicou um conhecimento aprofundado do objectivo a atingir, bem como a aquisição de conhecimentos acerca do fenómeno envelhecimento, através da pesquisa bibliográfica e de consulta de outros estudos na mesma área.

2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento de recolha de dados fez-se após a consulta de diversa bibliografia, que de acordo com Fortin (1999,134) “*Os instrumentos de medida servem para colectar os dados que forneceram respostas às questões de investigação ou às hipóteses*”.

Após definidos os objectivos do nosso estudo, tendo em conta o que pretendíamos medir e as nossas finalidades, optámos por utilizar como instrumento o inquérito por questionário (Anexo II).

O inquérito por questionário foi aplicado a 38 enfermeiros. Constituído por quatro partes distintas, que passaremos a referir:

- . Na parte I, foi realizada uma apresentação do estudo em questão, e o pedido de preenchimento do instrumento de recolha de dados.

- . Na parte II, foi realizada uma identificação dos respondentes relativamente à idade, sexo, habilitações académicas, tempo de profissão, tempo de serviço de urgência, se havia ou não contacto pessoal ou profissional com idosos fora do serviço de urgência e qual a frequência deste contacto.

- . Na parte III, foi realizado um teste de associação livre de cinco palavras, em que as palavras estímulo foram: Envelhecimento, Velhice, Idoso e Velho.

- . A parte IV, compõe-se de um questionário de 32 afirmações fechadas, em que os inquiridos se situavam numa escala, cujos itens foram Discordo Bastante, Discordo, Concordo e Concordo Bastante.

O objectivo foi recolher informações relativamente às representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência, face ao doente idoso.

2.6 – PROCEDIMENTOS

Descrever os procedimentos realizados na construção do nosso estudo, toma pertinência para a compreensão de como este foi organizado e elaborado.

A fase conceptual do estudo permitiu-nos de uma forma ordenada formular ideias, acerca da temática a que nos propúnhamos investigar. Como refere Fortin (1999,39), *“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação”*.

Assim, partimos da nossa experiência profissional e da observação da nossa prática clínica como enfermeiros na prestação de cuidados ao doente idoso, para escolher a ideia que iria orientar a investigação. Cuidar de um doente idoso sempre foi uma missão assumida pelos enfermeiros, mas representações sociais, mitos e estereótipos relativos ao processo de envelhecimento e ao idoso, podem influenciar estes cuidados.

Após identificarmos e definirmos a problemática da investigação e estabelecidos os objectivos, estava encontrado o ponto de partida do estudo. De acordo com Fortin (1999,59) *“O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e em transpô-lo para uma questão que será estudada”*.

Assim, a questão de partida do nosso estudo, é a seguinte:

“Quais são as representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso?”

Procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a temática do envelhecimento, das representações sociais e das representações sociais face ao envelhecimento e aos idosos.

Foi realizada uma revisão de documentos teóricos e empíricos. Fortin (1999,40) refere que *“A revisão da literatura permite determinar os conceitos ou a teoria que servirão de quadro de referência”*. Desta forma, e de acordo com o citado pela autora, procedemos de seguida à elaboração do nosso quadro teórico, com um encadeamento de ideias e conceitos fundamentais.

Passando a uma fase de operacionalização e já escolhido o local do estudo, foi realizada uma exposição junto da chefe de enfermagem do serviço em onde iríamos realizar a nossa investigação. Foi abordado o âmbito do estudo e os seus objectivos. Foi aprovada a sua aplicação no serviço em questão, uma vez que existe uma grande afluência de doentes idosos ao serviço de urgência, e por serem os enfermeiros os elementos da equipa de saúde mais próximos deste grupo social.

De seguida procedemos ao início da fase metodológica, em que foram determinados os métodos a ser utilizados para obter respostas à questão de partida do estudo. Foi definida a população e o instrumento mais adequado para a recolha de dados. Foi elaborado um teste de associação livre de palavras, que foi aplicado em forma de pré-teste, a cinco informantes qualificados do serviço de urgência, escolhidos aleatoriamente. As palavras estímulo utilizadas neste teste foram: Envelhecimento, Velhice, Idoso e Velho. Cada informante qualificado classificava cada um destes conceitos com três palavras, de acordo com o que pensava relativamente a cada um deles. Após a recolha das respostas dos cinco inquiridos, efectuou-se a sua análise. Verificámos que este tipo de teste seria aplicável no instrumento definitivo.

Continuámos a elaboração do instrumento de recolha de dados, o inquérito por questionário. Considerámos que este se revelava como o instrumento de medida que traduziria melhor os objectivos do nosso estudo, sendo as suas variáveis mensuráveis. Este permitiu colocar uma série de questões, concebidas com o objectivo de colher informação acerca das representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso. O mesmo continha afirmações relativamente às quais os sujeitos da amostra tinham que se situar, numa escala que variava entre o discordo bastante e o concordo bastante.

Após obtida uma primeira versão do questionário foi necessário garantir a sua aplicabilidade e avaliar se este se encontrava de acordo com os objectivos que havíamos formulado inicialmente. Assim, foi realizado um Pré-Teste a dois informantes qualificados, pertencentes ao Serviço de Urgência, a exercer a sua actividade profissional na área da gestão do serviço.

Este mostrou-se como uma etapa fundamental e indispensável no estudo, pois como refere Carmo e Ferreira (1998,145), o pré-teste *“poderá também permitir averiguar as condições em que o questionário deverá ser aplicado, a sua qualidade gráfica e a adequação da carta e das instruções que o acompanham”*.

A aplicação do Pré-teste deste estudo teve como objectivo verificar os seguintes aspectos:

- Se o texto de introdução era adequado e explícito
- Se a linguagem era adequada
- Se as afirmações eram compreensíveis, sem dificuldade de interpretação
- Se a dimensão do questionário era adequada

Esta amostra fez pequenas observações e sugestões a nível da linguagem. Após a análise cuidadosa das respostas dadas e introduzidas as alterações necessárias, passámos à fase de redacção do instrumento de recolha de dados definitivo. (ANEXO II)

Foi elaborado um pedido formal ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Nossa Senhora do Rosário – EPE, para a aplicação dos inquéritos por questionário aos enfermeiros do serviço de urgência do hospital, tendo sido aprovado em reunião de conselho de administração em 30 de Junho de 2006. (ANEXO I)

Iniciámos a fase de recolha de dados. De acordo com Fortin (1999,41), na fase de colher os dados *“deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados, assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido”*. Esta fase permitiu-nos recolher e reunir concretamente informações, junto dos enfermeiros incluídos na nossa amostra.

Desta forma, o questionário foi distribuído pelos cinco enfermeiros chefes de equipa, durante os meses de Agosto e Setembro de 2006, a fim destes procederem à sua distribuição pelos 8 elementos de cada uma das suas equipas, incluindo o próprio chefe de equipa, perfazendo um total de 40 sujeitos. Foi dada a indicação de que os questionários deveriam ser recolhidos no prazo de uma semana, pelos mesmos chefes de equipa e entregues em mão, em envelope fechado ao investigador. Na

totalidade, foram recolhidos 38 questionários, uma vez que dois elementos não se mostraram disponíveis para participar.

Ao finalizar a recolha dos dados, procedeu-se à conseqüente análise dos mesmos. De acordo com Fortin (1999,42) *“A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador”*, referindo ainda que *“ Os dados são analisados em função do objectivo do estudo”*.

A análise dos dados é uma etapa fundamental do processo de investigação dado que, segundo Quivy e Campenhoudt (2003,239) *“A análise das informações é a etapa que trata a informação obtida através da observação para a apresentar de forma a poder comparar os resultados observados com os esperados a partir da hipótese”*.

2.7 – ANÁLISE DE DADOS

Os métodos de análise das informações recolhidas basearam-se em duas grandes áreas, a análise estatística dos dados e a análise de conteúdo.

2.7.1. Análise Quantitativa

Para a análise estatística dos dados utilizou-se o programa informático “*Statistical Package for the Social Sciences*”, (SPSS, versão 12 for Windows).

2.7.2. Análise Qualitativa

A investigação através da análise qualitativa requer pelo investigador reflexão permanente sobre a relação que se vai estabelecendo entre o desenho da investigação, a recolha de informação e a análise dos dados.

A análise de conteúdo toma o seu impulso no virar do século XX, com o desenvolvimento da produção em massa dos jornais americanos. As escolas de jornalismo lançaram-se então na realização de investigações empíricas, que deram origem à análise quantitativa dos jornais. A evolução da análise de conteúdo entra numa segunda fase, por volta dos anos 30, onde os departamentos de ciência política das universidades americanas desempenham um papel fundamental.

A análise de conteúdo constitui, hoje em dia, uma das mais importantes técnicas de investigação, em ciências sociais. Sendo aplicada em diversos campos das ciências humanas, tornando-se rara a investigação que, de um modo simples ou combinado com outras técnicas, não utilize esta técnica como um meio para a construção de outros instrumentos, ou como uma metodologia de análise.

De acordo com Vala (1986,104),”*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*”.

Berelson, citado por Bardin (1977,19), considera que “*a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto na comunicação*”.

Pormenorizando, de acordo com Carmo e Ferreira (1998:251) a análise de conteúdo deverá respeitar diversos critérios, como ser “*objectiva, devendo ser efectuada de acordo com determinadas regras e obedecer a instruções claras e precisas, para que investigadores diferentes, trabalhando o mesmo conteúdo, possam obter os mesmos resultados*”. Ainda, segundo os mesmos autores, deverá também ser “*sistemática, porque a totalidade do conteúdo deverá ser ordenado e integrado em categorias previamente escolhidas em função dos objectivos que o investigados quer atingir*”, e finalmente ser “*quantitativa, uma vez que na maior parte das vezes é calculada a frequência dos elementos considerados significativos*”.

Seja qual for o tema e as direcções de uma pesquisa, torna-se sempre essencial definir objectivos e um quadro de referências teóricas, como guia orientador. Será da mesma forma necessário construir um *corpus* a analisar e definir categorias e unidades de análise.

A categorização de acordo com Amado (2000,56), citando Bardin é definida como “*uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos*”. A categorização tem como objectivo, segundo Vala (1986,110) citando Hogenraad (1984) definir “*um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista*”, a fim da melhor explicar o conceito a analisar.

Ao realizar-se a formulação de categorias devem ser tidas em conta seis regras fundamentais A *exaustividade* em que cada categoria deve abranger por completo o conjunto das unidades de sentido, esta exige a escolha de uma palavra chave adequada e a reformulação da definição de cada categoria. A *exclusividade*, em que cada unidade de registo só poderá fazer parte de uma categoria. A *homogeneidade*, em que um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo ser misturado com vários critérios de classificação. A

pertinência, em que um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objectivos da investigação. A *objectividade*, deve evitar-se a subjectividade na sua formulação, tornando-a utilizável, de igual modo por vários investigadores. E por último, a *produtividade*, em que deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil em novas hipóteses. (Amado:2000,58).

As categorias formuladas reúnem um conjunto de elementos ou unidades de registo, agrupados de acordo com características comuns. As unidades de registo, segundo Bardin (1977,104), são definidas como a *“unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”*.

Para que a análise de conteúdo decorra de forma correcta, deve também ser considerada a codificação de unidades de contexto. De acordo com Bardin (1977,107), as unidades de contexto *“servem de unidades de compreensão para codificar as unidades de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às das unidades de registo), são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”*.

Utilizámos a análise de conteúdo no nosso estudo, que se baseou na análise da aplicação de um teste de associação de palavras, em que as palavras estímulo aplicadas foram: Envelhecimento, Velhice, Idoso e Velho.

De acordo com Bardin (1977,51) *“A fim de serem estudados os estereótipos sociais espontaneamente partilhados pelos membros de um grupo, relativos a certas profissões, países ou nomes próprios aplica-se um teste de associação de palavras a uma amostra de indivíduos”*. Ainda segundo o mesmo autor *“a aplicação do teste é simples. Pede-se aos sujeitos que associem livre e rapidamente, a partir da audição das palavras indutoras (estímulos), outras palavras (respostas)”*.

No nosso estudo, para cada palavra indutora e para cada sujeito, foram obtidas cinco palavras induzidas, que foram posteriormente analisadas. Reunida a lista das cinco palavras referenciadas pelos sujeitos procedeu-se a um trabalho de

classificação das mesmas, confrontando-nos com um conjunto de palavras heterogêneas, relativamente às unidades semânticas.

De acordo com Bardin (1977,52) *“Para que a informação seja acessível e manejável, é preciso tratá-la de modo a chegarmos a representações condensadas (análise descritiva de conteúdo) e explicativas (análise de conteúdo veiculando informações suplementares adequadas ao objectivo a que nos propusemos)”*.

Na opinião de Amado (2000,53), a análise de conteúdo trata-se de uma técnica que procura “arrumar” um conjunto de categorias de significação, “o conteúdo manifesto” dos mais diversos tipos de comunicação. Desta forma, esta foi a técnica utilizada para analisar a informação, obtida através das respostas relativamente a cada palavra estímulo, em que o critério de agrupamento foi a reunião das palavras, cujo significado identificavam um mesmo conceito.

Foi realizada a categorização, que segundo Amado (2000,56) citando Bardin, *“é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos”*. As categorias e subcategorias foram na maioria definidas com base na revisão teórica efectuada, sendo as restantes elaboradas à posteriori com base nas respostas obtidas às questões colocadas. Assim, foram por nós obtidas três macro categorias, para cada palavra estímulo. Utilizámos uma grelha de análise que apresentamos em quadros no capítulo seguinte, Apresentação de Resultados.

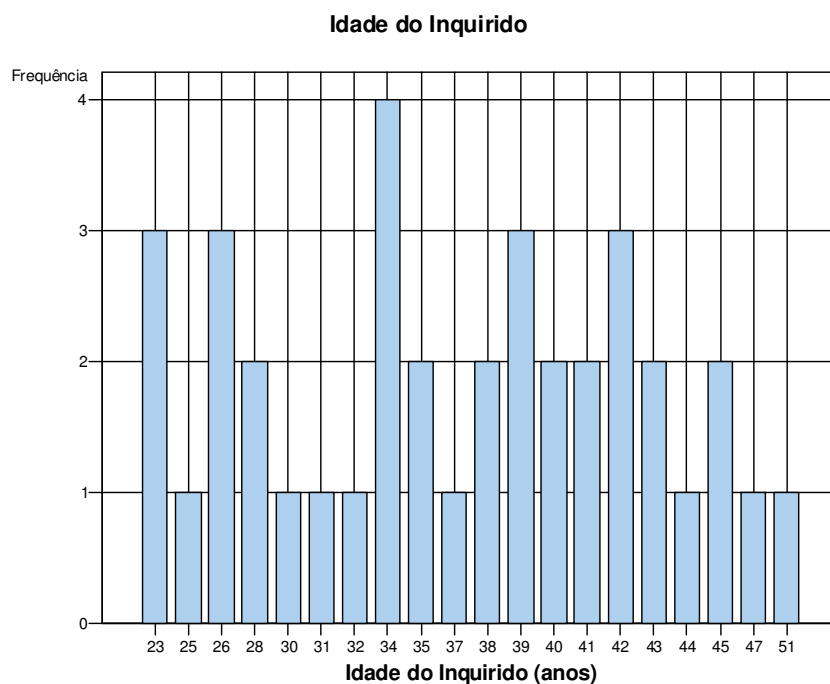
3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1- Resultados do Questionário

No tratamento estatístico dos dados que utilizámos no nosso questionário, o programa informático S.P.S.S. (versão 12).

3.1.1 - Caracterização Geral da Amostra

Idade dos enfermeiros



Através do gráfico podemos verificar que as idades variam entre 23 e 51 anos de idade, sendo que encontramos 4 enfermeiros com 34 anos, 3 enfermeiros com 23,26,39 e 42 anos. Com grupos de 2 enfermeiros as idades 28, 35, 38, 40,41, 43 e 45 anos, e ainda 1 enfermeiro com as restantes idades do intervalo mencionado. A média de idade situa-se nos 35,8 anos.

Quadro I - Sexo dos enfermeiros

Sexo do Inquirido		
	Frequencia	Percentagem
1 Masculino	8	21,1
2 Feminino	30	78,9
Total	38	100,0

Dos enfermeiros do nosso estudo, verificamos que 8 enfermeiros são do sexo masculino (21,1%) e 30 enfermeiros do sexo feminino (78,9%).

Quadro II- Habilitações académicas dos enfermeiros

Habilitações Académicas do Inquirido		
	Frequencia	Percentagem
1 Bacharelato em Enfermagem	10	26,3
2 Licenciatura em Enfermagem	28	73,7
Total	38	100,0

Na nossa amostra 10 enfermeiros possuem o bacharelato em enfermagem (26,3%), e 28 enfermeiros a licenciatura em enfermagem (73,7%).

Quadro III- Tempo de Profissão e Tempo de Serviço de Urgência dos enfermeiros

Estatística Descritiva					
	N	Minimo	Maximo	Média	Desvio padrão
Idade do Inquirido	38	23	51	35,87	7,437
Tempo de Profissão do Inquirido	38	1	33	13,08	7,617
Tempo de Serviço de Urgência	38	1	20	8,97	5,529

Relativamente ao tempo de profissão como enfermeiro, a média situa-se nos 13,08 anos, sendo o mínimo 1 ano de trabalho e o máximo 33 anos de trabalho. Verificámos ainda que relativamente ao tempo de prestação de cuidados no

Serviço de Urgência, a média se situa nos 8,97 anos, sendo que o mínimo de anos é de 1 ano e o máximo de 20 anos.

Quadro IV- Fora do Serviço de Urgência contacta com pessoas idosas

Fora do Serviço de Urgências, contacta com pessoas idosas

	Frequencia	Percentagem
1 Sim	36	94,7
2 Não	2	5,3
Total	38	100,0

Fora do Serviço de Urgência, 36 enfermeiros contactam com pessoas idosas (94,7%) e apenas 2 enfermeiros não contactam com idosos (5,3%).

Quadro V- Âmbito do contacto dos enfermeiros com os idosos, fora do serviço de urgência

Âmbito do contacto com pessoas idosas

	Frequencia	Percentagem
1 Pessoal	6	15,8
2 Profissional	2	5,3
3 Ambas	28	73,7
Total	36	94,7

No âmbito pessoal, 6 enfermeiros contactam com idosos fora do serviço de urgência (15,8%), no âmbito profissional 2 enfermeiros (5,3%) e em ambos os contactos simultaneamente, pessoal e profissional, 28 enfermeiros (73,7%).

Quadro VI – Frequência com que os enfermeiros contactam com idosos fora do serviço de urgência, no âmbito pessoal

Frequencia com que contacta com pessoas idosas no âmbito pessoal

	Frequencia	Percentagem
1 Todos os dias	21	55,3
2 Todas as semanas	9	23,7
3 Mensalmente	2	5,3
4 Nas férias	2	5,3
Total	34	89,5

No âmbito pessoal, fora do serviço de urgência, 21 enfermeiros contactam com idosos todos os dias (55,3%), 9 enfermeiros contactam todas as semanas (23,7%), 2 enfermeiros contactam mensalmente (5,3%) e 2 enfermeiros contactam nas férias (5,3%). Sendo no total 89,5% dos enfermeiros.

Quadro VII – Frequência com que os enfermeiros contactam com idosos fora do serviço de urgência, no âmbito profissional

Frequencia com que contacta com pessoas idosas no âmbito profissional

	Frequencia	Percentagem
1 Todos os dias	26	68,4
2 Todas as semanas	4	10,5
Total	30	78,9

No âmbito profissional, fora do serviço de urgência, 26 enfermeiros contactam com idosos todos os dias (68,4%), 4 enfermeiros contactam todas as semanas (10,5%). Sendo no total 78,9% dos enfermeiros.

3.2 - ANÁLISE DOS FACTORES

Dada a natureza e o número de variáveis implicadas no nosso estudo e a sua relativa complexidade, foram efectuados agrupamentos de dados, tendo sido realizada intuitivamente uma divisão das trinta e duas afirmações por quatro factores, tal como representaremos nos seguintes quadros. Através da Análise dos Factores obtidos procurámos simplificar os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. O significado dos factores não era à partida conhecido, tendo sido determinado posteriormente, com este tipo de análise escolhido.

Iremos de seguida apresentar os quadros com as inerentes questões a cada um dos factores. Apresentaremos os valores mínimos e máximos reais e teóricos associados a cada um dos factores. Apresentaremos também o valor médio encontrado na nossa amostra.

Para calcular o valor mínimo e máximo teórico partimos do pressuposto, no caso do valor mínimo, que cada uma das afirmações associadas ao respectivo factor era sempre cotada com 1. No caso do valor máximo eram cotados com o valor mais elevado. Os valores obtêm-se multiplicando por 1 e por 4 o número total de afirmações em cada um dos factores.

Posto isto passaremos à apresentação dos valores relativos a cada um dos factores.

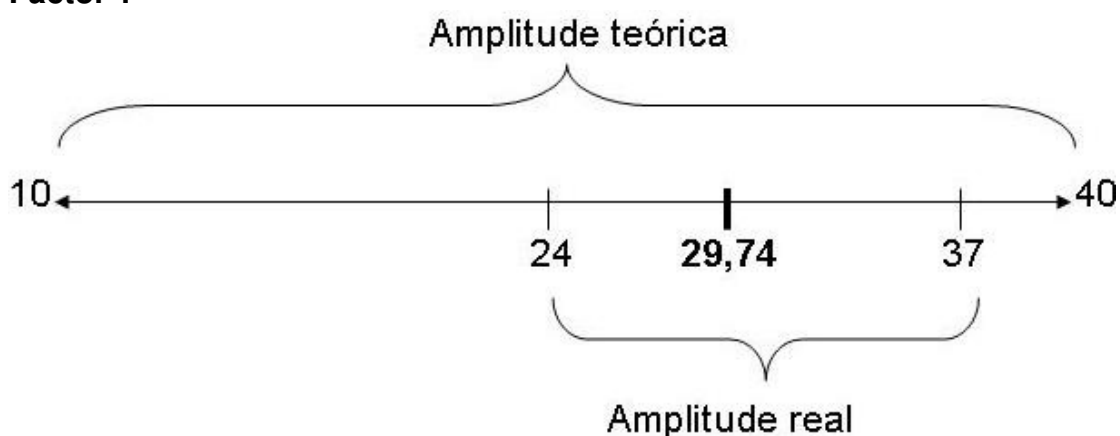
Quadro VIII: Factor 1 – Representações Positivas face ao Idoso

Factor 1 – Representações Positivas face ao Idoso
Q2 – É favorável às gerações mais novas conviverem com os idosos
Q5 – O idoso tem um papel social importante na nossa sociedade
Q6 – O envelhecimento pode ser visto como um ganho
Q8 – Os idosos transmitem experiência
Q9 – Os idosos são pessoas com ambições de vida
Q15 – Os idosos gostam de mudanças na sua vida
Q17 – O idoso é o produto das suas vivências
Q19 – As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas
Q23 – Cuidar de idosos é um trabalho muito gratificante
Q32 – Ser idoso é gratificante

Factor 1 – Representações Positivas face ao Idoso

Este factor caracteriza-se pela consideração de que as representações positivas face ao doente idoso são uma realidade e trazem efeitos benéficos sobre este grupo social. O factor é constituído por 10 itens, tendo sido consideradas 10 afirmações do questionário.

Factor 1



Relativamente ao Factor 1, podemos verificar que a sua amplitude teórica se situa entre 10 e 40 pontos. Os resultados obtidos, através da nossa amostra, permitem-nos constatar que o valor mínimo obtido se situa nos 24 pontos e o valor máximo nos 37. A média obtida neste factor é de 29,74. A amplitude real é menor do que a amplitude teórica estando esta concentrada e deslocada para o lado dos valores mais elevados.

Estes valores apontam para uma maior concordância com as afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso.

Quadro IX: Factor 2 – Representações Negativas face ao Idoso

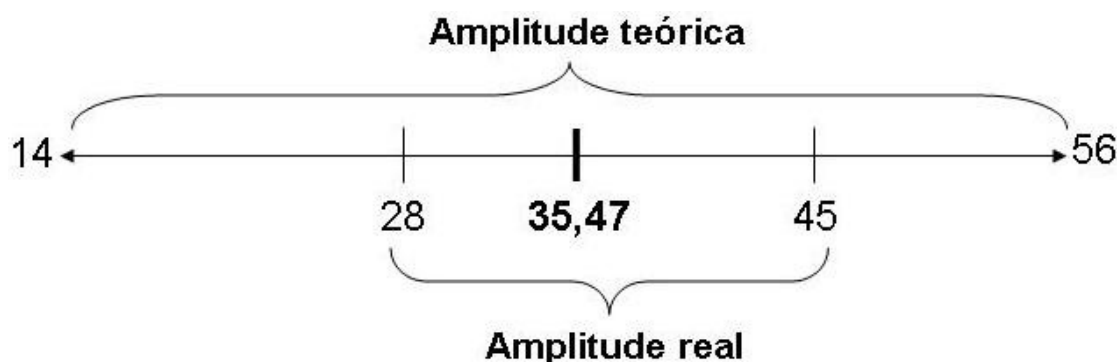
Factor 2 – Representações Negativas face ao Idoso
Q1 – Pensar na velhice deprime as pessoas mais novas
Q3 – O envelhecimento significa a perda faculdades e de capacidades
Q4 – O idoso é uma pessoa frágil e dependente
Q7 – Os idosos são, na maioria, um peso para a família
Q10 – Comunicar com as pessoas idosas é mais difícil do que comunicar com pessoas mais novas
Q12 – Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente
Q13 – Os idosos, em geral, sofrem de auto desvalorização
Q16 – Os idosos são frequentemente marginalizados
Q18 – A velhice é uma segunda infância
Q20 – Os idosos já não se interessam pela sexualidade
Q21 – Os idosos são pessoas inflexíveis e resistentes à mudança
Q 22 – Os idosos são pessoas doentes
Q29 – Cuidar de idosos é um trabalho muito desgastante
Q30 – Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a preconceitos

Factor 2 – Representações Negativas face ao Idoso

Este factor caracteriza-se pela consideração de que as representações negativas face ao doente idoso são frequentes e vão de encontro a diversos mitos e estereótipos relacionados com o envelhecimento e com os idosos, trazendo efeitos negativos sobre este grupo social.

O factor é constituído por 14 itens, tendo sido consideradas 14 afirmações do questionário.

Factor 2



No factor 2 obtivemos um mínimo e um máximo teórico de 14 e 56, respectivamente. A amplitude do intervalo real é menor do que a amplitude do intervalo teórico, sendo a média de 35,47. Tratando-se de um factor que tem subjacente uma representação negativa do idoso procedemos à recodificação das classificações. Assim, uma pessoa que assinale a opção Concordo Bastante obtém a pontuação de 1. O inverso se passa quando se assinala a opção Discordo Bastante.

Assim, os valores mais elevados neste factor apontam para uma maior discordância dos sujeitos da amostra relativamente às afirmações que reenviam para uma representação mais negativa do idoso.

Quadro X: Factor 3 – Cuidar do Idoso

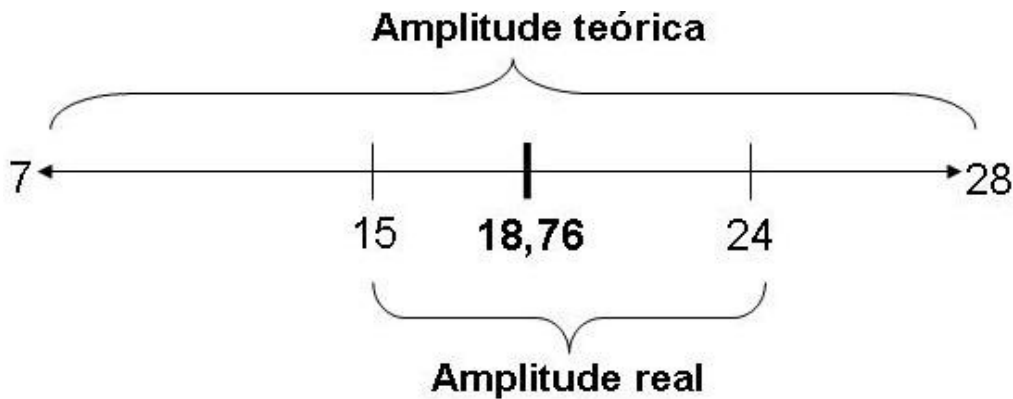
Factor 3 – Cuidar do Idoso
Q14 – Os idosos necessitam de mais atenção do que as pessoas dos outros grupos etários
Q24 – A forma como os enfermeiros vêem o envelhecimento influencia a prestação de cuidados ao doente idoso
Q25 – Os enfermeiros em geral, demonstram sempre uma atitude de respeito para com os doentes idosos
Q26 – Os enfermeiros em geral, conhecem as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam
Q27 – Os enfermeiros em geral, respeitam as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam
Q28 – Os enfermeiros em geral, demonstram grande capacidade de escuta para com os idosos
Q31 – Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do cuidar de pessoas mais novas

Factor 3 – Cuidar o Idoso

Este factor caracteriza-se pela importância dos cuidados de enfermagem ao doente idoso, sendo que a hospitalização representa uma ameaça e um desafio para a pessoa idosa e que os enfermeiros se tornam o grupo profissional que contacta mais de perto com os doentes, devendo estabelecer com estes uma verdadeira relação de ajuda.

O factor é constituído por 7 itens, tendo sido consideradas 7 afirmações do questionário.

Factor 3

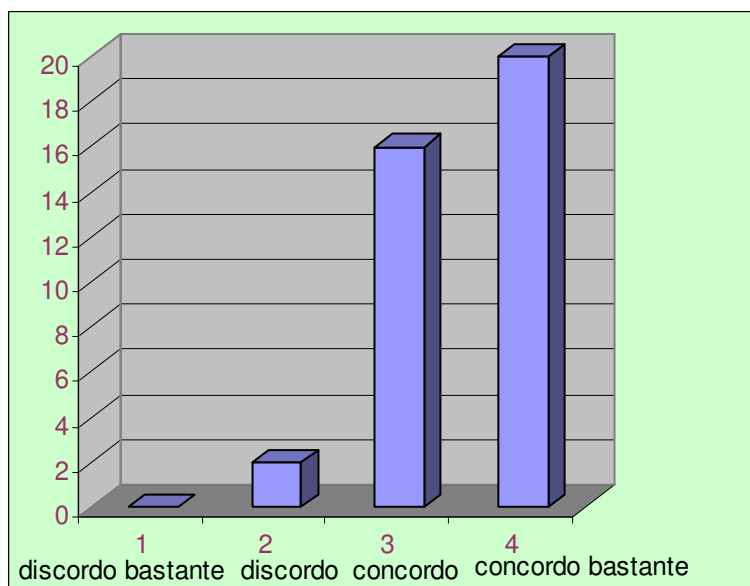


Este factor, como já vimos anteriormente, está relacionado com o cuidar do idoso. A amplitude teórica deste factor situa-se entre o valor 7 e o valor 28. À semelhança dos factores anteriores, o intervalo real é menor e deslocado para o limite dos valores mais elevados. A média obtida é de 18,76.

Também aqui se constata que os sujeitos da nossa amostra estão, maioritariamente, de acordo com as afirmações relativas a este aspecto.

Verificámos que uma das afirmações do nosso inquérito por questionário, a Questão 11, vinha baixar a consistência interna do Factor1 e do Factor 3, nos quais tinha sido introduzida à partida dadas as suas características, pelo que optámos trabalhá-la isoladamente dada a dispersão de resultados que se verificou. Obtivemos assim, os resultados que se podem observar no gráfico seguinte.

Gráfico II: Factor 4 – A forma como encaramos as pessoas idosas influência a qualidade de vida destas



Factor 4 – A forma como encaramos as pessoas idosas influência a qualidade de vida destas

Este factor caracteriza-se pela importância inerente à própria questão de que a forma como encaramos as pessoas idosas vai de algum modo influenciar a qualidade de vida destas pessoas. Assim, obtivemos como resultados: 20 enfermeiros que concordam bastante com a afirmação (52,6%), 16 enfermeiros que concordam (42,1%), 2 enfermeiros que discordam (5,26%) e não se verificaram enfermeiros a referir a resposta discordo bastante (0%).

3.3 - Resultados do Teste de Associação Livre de Palavras

Iremos de seguida, apresentar os resultados da aplicação do teste de associação livre de palavras aos enfermeiros do serviço de urgência. Os resultados são apresentados essencialmente sob a forma de quadros. Embora surjam neste capítulo, alguma análise dos resultados, não pretendemos que esta análise seja vista como uma interpretação de resultados. Assim, introduzimos alguns comentários aos resultados obtidos neste capítulo, reservando a interpretação dos mesmos para o capítulo seguinte.

Através do teste de Associação Livre de Palavras, pretendemos analisar os vários aspectos referidos pelos enfermeiros na aplicação das Palavras Estímulo, sendo que obtivemos através destas, quatro dimensões de análise. As dimensões presentes no estudo foram coincidentes com as palavras estímulo e consideradas após a análise das respostas dadas pelos inquiridos, sendo estas: Envelhecimento, Velhice, Idoso e Velho.

Após a sistemática análise das respostas obtidas verificámos ainda que, em cada uma das dimensões, foram obtidas três categorias e vinte e duas sub categorias.

Os enfermeiros inquiridos caracterizavam as suas respostas em três grandes vertentes: a física, a psicológica e a social, o que nos permitiu fazer um agrupamento de uma forma coerente, permitindo que as palavras da mensagem transmitida por estes, fossem indicadores válidos no nosso estudo. Segundo LOPES (1980,151) *“A senescência não pode ser observada como algo estático, compartimentado, mas sim como o resultado de um jogo de forças em que o homem, como unidade mente- corpo, segue uma evolução com importantes implicações biológicas, psicológicas e sociais. É esta a unidade bio psicológica que constitui a PESSOA, com características próprias somáticas e psíquicas, mergulhadas num complexo ambiental determinado por condições múltiplas, profissionais, familiares, socio-económicas, políticas, religiosas, etc., que vão percorrendo a vida”*.

As categorias criadas reúnem um grupo de elementos ou unidades de registo agrupados de acordo com características comuns. Começaremos por apresentar os resultados, numa forma global, seguindo-se uma apresentação de cada uma das dimensões.

QUADRO XI – Dimensões e Categorias: Percentagens de Respostas

Dimensões \ Categorias	Físico	Psicológico	Social	Total
Envelhecimento	42,4%	38,1%	19,4%	100%
Velhice	37,6%	26,5%	35,9%	100%
Velho	33,6%	28,5%	37,8%	100%
Idoso	19,8%	36,5%	43,6%	100%

Após a análise dos valores percentuais encontrados, verificamos que os enfermeiros inquiridos se reportam à primeira dimensão: Envelhecimento, com respostas maioritariamente relacionadas com o envelhecimento numa perspectiva física (42,4%), seguidamente, dão mais ênfase ao envelhecimento psicológico (38,1%), e finalmente ao envelhecimento social (19,4%).

Na dimensão Velhice, também toda a vertente física foi a mais valorizada (37,6%), sendo que de seguida se verificou com maior número de respostas a Velhice na sua vertente social (35,9%).

Relativamente à dimensão Velho, a vertente social apresentou-se como a mais significativa (37,8%), a vertente física vem de encontro aos resultados das dimensões anteriores, apresentando-se como a segunda mais significativa em termos de resultados (33,6%).

Em concordância com a anterior, na dimensão Idoso, a vertente mais valorizada pelos inquiridos foi a vertente social (43,6%).

Os enfermeiros, como qualquer outro grupo social são influenciados pelas representações positivas e negativas do doente idoso e do envelhecimento, pelo que sentimos a necessidade de conhecer quais os sentimentos dos enfermeiros face a cada dimensão já referida. Fazendo uma análise sistematizada de cada uma das

dimensões e suas categorias, a fim de obter uma percepção da realidade a nível das respostas obtidas.

3.3.1 - Envelhecimento

Para a análise dos dados obtidos relativamente à dimensão Envelhecimento, recorreu-se à análise de conteúdo, o que nos levou ao agrupamento das respostas em três categorias e cinco subcategorias, conforme o apresentado no Quadro II.

QUADRO XII

Envelhecimento: Dimensões, Categorias e Sub categorias

Dimensões	Categorias	Sub categorias	
Envelhecimento	Envelhecimento Físico	Envelhecimento Físico Negativo	
	Envelhecimento Psicológico	Envelhecimento Psicológico Positivo	Envelhecimento Psicológico Negativo
	Envelhecimento Social	Envelhecimento Social Positivo	Envelhecimento Social Negativo

O seguinte quadro mostra respectivamente as percentagens por subcategoria.

QUADRO XIII

Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Envelhecimento, e sua relação percentual com as subcategorias

Sub categorias Categorias	Positivo	Negativo
	Envelhecimento Físico	0%
Envelhecimento Psicológico	33,8%	4,3%
Envelhecimento Social	6,5%	12,9%

Envelhecimento físico

O envelhecimento como nos refere Robert (1995,7) “*resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam*”. A definição do autor vem de encontro aos resultados obtidos através dos inquiridos do nosso estudo. Na vertente física do envelhecimento, apenas foram consideradas as inerentes características negativas do envelhecimento (42,4%), não tendo sido referida qualquer resposta positiva (0%).

Obtivemos como respostas mais relevantes, em unidades de registo

- Perda de Faculdades / Degeneração (28)
- Pele enrugada (7)
- Tornar-se Velho (5)
- Fragilidade (3)
- Doença (3)

Existem ainda outros enfermeiros do estudo que se referem a características negativas do envelhecimento físico como: Cabelo Esbranquiçado, Dependência, Disfunção, Cansaço, Alteração Física, Sexualidade Diminuída, Lentidão, Processo, Mudança e Morte.

A imagem durante o processo de senescência vai alterando-se, os sinais exteriores do tempo vão gradualmente dando a perceber o aproximar de uma nova fase, a velhice, em diversas características citadas pelos enfermeiros, vão de encontro à bibliografia consultada acerca do envelhecimento biológico e seus sinais exteriores.

Os problemas de saúde dos idosos são essencialmente de ordem crónica, estando relacionados com factores inerentes à própria senescência, à diminuição de reservas fisiológicas de defesa e ao enfraquecimento de mecanismos de homeostasia. Costa (2002,37), refere-nos que “*Envelhecer é o processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Desse processo, na senescência resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade da morte*”.

Envelhecimento psicológico

No plano psicológico, apresentando os dados obtidos, podemos referir que encontramos respostas que se referem maioritariamente a características positivas relativamente ao envelhecimento psicológico (33,8%). Sendo ainda notório que a menor frequência percentual de respostas obtidas relacionadas com a dimensão envelhecimento, foi obtida relativamente a características negativas do envelhecimento psicológico negativo (4,3%).

O envelhecimento psicológico, foi referido pelos inquiridos como uma “fase de ganhos”, em que as respostas obtidas relativamente a unidades de registo se traduzem em:

- Experiência (16)
- Sabedoria / Conhecimento (13)
- Maturidade (10)
- Vivência / Caminhada (3)

Outras respostas mostram-nos que os enfermeiros vêem o envelhecimento como uma fase alta do percurso da vida do ser humano em termos psicológicos, referindo outras características como: Ganhos, Enriquecimento, Sensatez, Adaptação e Aceitação.

De acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995,184), relativamente à vertente psicológica dos idosos, referem que “*Um dos postulados mais sérios, consiste em que a adaptação ao envelhecimento é função de equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito*”. Desta forma, o indivíduo ao envelhecer vai fazendo todo um percurso de vida que lhe vai proporcionando sabedoria e maturidade no domínio das situações. O bem-estar psicológico é um conceito muito abrangente, dependente de condições intrínsecas e extrínsecas à própria pessoa, que deve ser compreendido à luz do seu contexto cultural e sempre num cariz individual.

Relativamente à vertente psicológica, na sub categoria negativa, obtivemos um menor número de respostas (4,3%) comparativamente com outras sub categorias, em que as respostas mais significativas, em unidades de registo, foram:

- Depressão / Tristeza (3)
- Demência (1)
- Desinteresse (1)
- Preocupação (1)

Constatámos que os enfermeiros inquiridos, valorizam o envelhecimento psicológico, essencialmente numa perspectiva positiva.

Envelhecimento social

O envelhecimento social descreve diversas etapas da vida, caracterizando diversas crises que lhe são inerentes, bem como tarefas, relações pessoais e familiares que caracterizam esta etapa da vida.

Após a análise sistemática dos dados obtidos, constatámos que os enfermeiros se referiam também ao envelhecimento social numa perspectiva positiva (6,5%) e numa perspectiva negativa (12,9%).

Falamos assim, de uma fase da vida dos indivíduos que pode apresentar-se por um período de acalmia no plano social, trazendo inúmeras alterações que integram toda uma experiência e disponibilidade, modelada pela situação social em que as pessoas idosas se encontram. Foram desta forma referidos pelos enfermeiros do nosso estudo, aspectos relativos à vertente positiva do envelhecimento social, em que as respostas obtidas relativamente a unidades de registo se traduzem em:

- Percurso de vida / Tempo (4)
- Família / Convívio (2)

Através de outras respostas obtidas, podemos obter indicadores com carácter social positivo, como: Liberdade, Meta, Partilha.

Obtivemos da mesma forma, respostas que nos dão a conhecer aspectos relacionados com a vertente social negativa do processo envelhecimento, como:

- Problema social (3)
- Mudança / Nova forma de vida (3)
- Isolamento / Solidão (2)

- Perda de papel social (2)

Foram constatadas outras respostas de carácter negativo como: Limiar da vida, reforma, Acomodação, Terceira idade, Produtividade diminuída, e Velhice.

O envelhecimento numa perspectiva social, pode conferir um sentido positivo a esta fase da vida dos indivíduos, mas há que ter consciência que também nesta fase ocorrem dificuldades na forma como lidar com as mudanças que lhe são inerentes. De acordo com Costa (2002, 37), citando Lima e Viegas (1988) “*O envelhecimento como processo vivencial, 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 destes com o contexto social em que se inscrevem*”.

3.3.2 – Velhice

Para a análise dos dados obtidos relativamente à dimensão Velhice, recorreu-se à análise de conteúdo, o que nos levou ao agrupamento das respostas dadas pelos enfermeiros inquiridos, em três categorias e cinco subcategorias, conforme o apresentado no Quadro III.

QUADRO XIV

Velhice: Dimensões, Categorias e Subcategorias

Dimensões	Categorias	Sub categorias	
Velhice	Velhice Física	Velhice Física Negativa	
	Velhice Psicológica	Velhice Psicológica Positiva	Velhice Psicológica Negativa
	Velhice Social	Velhice Social Positiva	Velhice Social Negativa

O seguinte Quadro mostra respectivamente as percentagens por subcategoria.

QUADRO XV

Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Velhice, e sua relação percentual com as sub categorias

Sub categorias Categorias	Positivo	Negativo
	Velhice Física	0%
Velhice Psicológica	15,3%	11,1%
Velhice Social	18,8%	17%

Velhice Física

Após a análise sistemática das respostas obtidas, podemos constatar, que os enfermeiros inquiridos se referem à velhice na sua vertente física apenas a aspectos negativos, pelo que só obtivemos na categoria Velhice Física, uma sub categoria, Velhice Física Negativa (37,6%), não dando qualquer resposta de carácter positivo (0%).

As respostas mais significativas mostravam esta fase como uma fase de declínio em termos físicos, sendo as respostas mais significativas em unidades de registo:

- Perda de capacidades / Limitação (14)
- Dependência (6)
- Impotências (5)
- Transformação (4)
- Astenia / Fragilidade (3)

Existem outros enfermeiros do nosso estudo que se referem a outras características de carácter negativo acerca da velhice física negativa como: Rugas, Alterações físicas, Doença, Decadência, Desgaste, Muleta, Próstata, Morte. Foi reforçada pelos enfermeiros a noção de que a velhice em termos físicos, se mostra como um processo de manifestações biológicas negativas, que vai de encontro a alguma bibliografia consultada, que nos mostra a velhice como um fase estritamente associada a doença e a incapacidade do organismo de adaptar.

Velhice Psicológica

Na categoria Velhice Psicológica, as sub categorias positiva e negativa, adquiriram valores percentuais bastante próximos. No entanto, a vertente positiva mostrou-se ligeiramente mais valorizada (15,3%), do que a vertente negativa (11,1%).

Os conceitos de velhice não são unânimes, podem ser vistos de diversas formas, tal como na categoria anterior, Envelhecimento, e como se denota nas respostas

dos enfermeiros inquiridos, adquirem aspectos positivos e negativos, que tentam caracterizar esta fase da vida dos indivíduos.

Foram assim, referidas pelos enfermeiros do nosso estudo, respostas de carácter positivo, que se traduziram em unidades de registo como:

- Experiência (6)
- Sabedoria (4)
- Tolerância (2)
- Maturidade (2)
- Conhecimento (2)

Foram ainda referidos aspectos que na mesma linha de pensamento, mostram a vertente positiva, como: Ganho e Sensatez.

Como refere Fonseca (2004,109) citando Cavanaugh (1997) na velhice as pessoas podem caracterizar-se de *“Sensatas ou sábias, passam pela capacidade de integrar pensamentos, sentimentos e acções de um modo coerente na forma de abordar um problema, pela capacidade de para demonstrar empatia face aos problemas dos outros, e pela profundidade com que se encaram as situações”*.

Desta forma, e como sabemos, a velhice faz parte do percurso biológico do Homem, sendo um processo vivencial, que interliga todo um conjunto de alterações biológicas, relações interpessoais e relações com a sociedade, com os inerentes ganhos e perdas. Também os enfermeiros inquiridos, nos referem os inerentes aspectos negativos. Na sub categoria negativa, obtivemos respostas que se traduziram em unidades de registo como:

- Tristeza (3)
- Idade avançada / Senilidade (3)
- Rabugice (2)
- Auto-desvalorização / Insegurança (2)

Foram constatadas, com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativo como: Segunda infância, Ansiedade, Medo.

Não obstante a grande variabilidade de envelhecimento de indivíduo para indivíduo, na velhice verifica-se uma fase de diminuição progressiva das capacidades psicológicas, como foi referenciado pelos inquiridos do nosso

estudo. Sendo, ao mesmo tempo uma fase de ganhos psicológicos, em que impera maior sabedoria e experiência.

Velhice Social

Após a análise sistemática dos dados obtidos, através das respostas dos enfermeiros, relativamente às sub categorias Positiva e Negativa, na categoria Velhice Social, que os valores percentuais das respostas obtidas eram bastante idênticos. Sendo para a sub categoria Positiva de (18,8%), e para a Negativa de (17%).

Foram assim, referidas pelos enfermeiros do nosso estudo, respostas de carácter positivo, que se traduziram em unidades de registo como:

- Memórias (4)
- Fase da vida / Gerações (3)
- Amor (2)
- Tempo livre / Disponibilidade (2)
- Terceira idade / Idade (2)

Foram ainda referidos aspectos com uma unidade de registo, que na mesma linha de pensamento, mostram a vertente positiva, como: Convívio, Carinho pelo próximo, Vivências, Tradição, Amizade, Descanso, Sociedade, Respeitosamente e Partilha.

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas de carácter negativo que se traduziram em unidades de registo como:

- Solidão / Isolamento (7)
- Envelhecimento (3)
- Fim de ciclo (2)

Foram ainda referidos aspectos com uma unidade de registo, como: Perdas familiares, Estádio, Antiguidade, Passado, Necessidade de ajuda, Problema social, Preconceitos e Reforma. Em termos sociais também a velhice pode ser encarada como uma fase de ganhos e de perdas, facto que se encontra em concordância com os resultados obtidos na categoria anterior, envelhecimento.

3.3.3 – Velho

Para a análise dos dados obtidos relativamente à dimensão Velho, recorreu-se à análise de conteúdo, o que nos levou ao agrupamento das respostas dadas pelos enfermeiros inquiridos, em três categorias e seis subcategorias, conforme o apresentado no Quadro V.

QUADRO XVI

Velho: Dimensões, Categorias e Subcategorias

Dimensões	Categorias	Sub categorias	
Velho	Velho (Perspectiva Física)	Velho (Perspectiva Física Positiva)	Velho (Perspectiva Física Negativa)
	Velho (Perspectiva Psicológica)	Velho (Perspectiva Psicológica Positiva)	Velho (Perspectiva Psicológica Negativa)
	Velho (Perspectiva Social)	Velho (Perspectiva Social Positiva)	Velho (Perspectiva Social Negativa)

O seguinte Quadro mostra respectivamente as percentagens por subcategoria

QUADRO XVII

Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Velho, e sua relação percentual com as subcategorias

Sub categorias Categorias	Positivo	Negativo
	Velho (Perspectiva Física)	0,84%
Velho (Perspectiva Psicológica)	16,8%	11,7%
Velho (Perspectiva Social)	14,2%	23,5%

Velho (Perspectiva Física)

De acordo com os resultados obtidos nas duas dimensões anteriores, Envelhecimento e Velhice, também na dimensão Velho, podemos constatar, que os enfermeiros inquiridos se referem ao Velho na sua vertente física maioritariamente a aspectos negativos, pelo que obtivemos na categoria Velho Perspectiva Física Negativa, as inerentes respostas de carácter negativo (32,7%). Foi obtida apenas uma resposta de carácter positivo relativamente à subcategoria Velho (perspectiva física positiva), que em termos percentuais se traduziu em 0,84%, sendo esta:

- Longevidade

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas de carácter negativo que se traduziram em unidades de registo, como:

- Desgastado / Usado /Estragado (10)
- Frágil / Debilitado (6)
- Dependente / Limitações (6)
- Acamado / Cuidados (3)
- Rugas (3)
- Doente (2)

Na mesma linha de pensamento, de acordo com os dados recolhidos obtivemos outras respostas dos enfermeiros, que nos mostram a associação de Velho à sua perspectiva física negativa, que se traduziram em uma unidade de registo, sendo estas: Necessita de ajuda, Perdeu faculdades, Fraco, Transformação, Parado, Decadente, Deteriorado, Cansado e Morte.

Velho (Perspectiva Psicológica)

Na categoria velho (perspectiva psicológica), analisando os dados que recolhemos, podemos referir que as respostas dos enfermeiros nos mostram que os valores percentuais obtidos relativamente às sub categorias positiva e negativa são idênticos.

Obtivemos para a sub categoria positiva, um valor de 16,8%, em que as respostas mais significativas, em unidades de registo se traduziram em:

- Experiente (8)
- Sábio / Conhecedor (7)
- Ternura (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo outras respostas de carácter positivo como: Tolerante, Sereno e Harmonia.

Os dados obtidos vêm de encontro aos recolhidos nas categorias anteriores, envelhecimento e velhice, onde os enfermeiros vêm o envelhecimento como pertencente a uma fase de experiência e conhecimento.

Obtivemos para a sub categoria positiva, um valor de 11,7%, em que as respostas mais significativas, em unidades de registo se traduziram em:

Inflexível à mudança (4)

Desmotivado / Desinteressado (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativo como: Nostálgico, Vulnerável, Saudoso, Carente, Desactualizado, Carente, Apelativo e Tristeza.

Velho (Perspectiva Social)

A categoria Velho (perspectiva social), foi a categoria mais valorizada pelos enfermeiros inquiridos, em que obtivemos maior valor percentual de respostas (37,8%).

Este facto mostrou-nos que, os enfermeiros do nosso estudo associam velho a uma vertente maioritariamente social. Obtivemos também nesta categoria, duas sub categorias, a positiva e a negativa.

No plano social, e apresentando os resultados, podemos referir que relativamente à sub categoria positiva, o valor percentual de respostas dadas encontrado foi de 14,2%. As respostas mais significativas, em unidades de registo se traduziram em:

- Amigo (2)
- Educador (2)

Encontrámos uma grande diversidade de respostas no mesmo âmbito positivo, com uma unidade de registo, sendo estas: Idoso, Avô, Presente, Futuro, Orador,

Conselheiro, Histórias de vida, Filósofo, Amor, Vivido, Com muitos anos, Histórias e Velusco.

Nesta categoria prevaleceu a sub categoria negativa, em que obtivemos em termos percentuais de respostas 23,5%, o que nos mostrou que os enfermeiros valorizam os aspectos negativos do envelhecimento social. As respostas mais significativas, em unidades de registo se traduziram em:

Antiquado (11)

Solidão / Isolado (3)

Preconceituoso (2)

Usado (2)

Marginalizado / Exclusão (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativo como: Desvalorizado, Idade avançada, Trapo, Rejeição, Abandonado, Fardo, Rezingão e Lar.

3.3.4 - Idoso

Para a análise dos dados obtidos relativamente à dimensão Idoso, recorreu-se à análise de conteúdo, o que nos levou ao agrupamento das respostas dadas pelos enfermeiros inquiridos, em três categorias e seis subcategorias, conforme o apresentado no quadro V.

QUADRO XVIII

Idoso: Dimensões, Categorias e Subcategorias

Dimensões	Categorias	Sub categorias	
Idoso	Idoso (Perspectiva Física)	Idoso (Perspectiva Física Positiva)	Idoso (Perspectiva Física Negativa)
	Idoso (Perspectiva Psicológica)	Idoso (Perspectiva Psicológica Positiva)	Idoso (Perspectiva Psicológica Negativa)
	Idoso (Perspectiva Social)	Idoso (Perspectiva Social Positiva)	Idoso (Perspectiva Social Negativa)

O seguinte quadro mostra respectivamente as percentagens por subcategoria.

QUADRO XIX

Distribuição das três categorias relativamente à dimensão Idoso, e sua relação percentual com as subcategorias

Sub categorias Categorias	Positivo	Negativo
	Idoso (Perspectiva Física)	0,79%
Idoso (Perspectiva Psicológica)	27,7%	8,7%
Idoso (Perspectiva Social)	23%	20,6%

Idoso (Perspectiva Física)

De acordo com os resultados obtidos dimensões anteriores também na dimensão Idoso, podemos constatar, que os enfermeiros inquiridos se referem ao Idoso na sua vertente física maioritariamente a aspectos negativos, pelo que obtivemos na categoria Velho Perspectiva Física Negativa, as inerentes respostas de carácter negativo (19%).

Foi obtida apenas uma resposta de carácter positivo relativamente à subcategoria Idoso (perspectiva física positiva), o que se mostrou também em concordância com a dimensão anterior Velho, em que também só obtivemos uma resposta, o que em termos percentuais se traduziu em 0,79%, sendo esta:

- Bem conservado

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas de carácter negativo que se traduziram em unidades de registo, como:

- Dependente (7)
- Frágil (6)
- Doente (2)
- Limitado (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter físico negativo como: Cabelos brancos, Transformação física, Rugas, Perdas, Discurso lentificado, Cuidados e Confusão.

Idoso (Perspectiva Psicológica)

Na categoria Idoso (perspectiva psicológica), obtivemos duas subcategorias, a positiva e a negativa.

Analisando os dados recolhidos, podemos referir que as respostas dos enfermeiros nos mostram que em termos psicológicos o Idoso é associado a características essencialmente de carácter positivo, em que obtivemos em termos percentuais de respostas 27,7%, comparativamente aos aspectos psicológicos negativos em que o valor percentual foi de 8,7%.

Obtivemos para a sub categoria positiva, um significativo número de respostas de carácter positivo, o que em unidades de registo se traduziram em:

- Experiência (15)

- Sabedoria / Conhecimento (13)
- Serenidade (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter positivo como: Esperança, Paciente, Aprendizagem, Delicadeza e Felicidade.

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas de carácter negativo que se traduziram em unidades de registo, como:

- Carente (3)
- Resistente à mudança (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativo como: Teimoso, Rabugice, Depressão, Transformação psíquica, Labilidade e Sensível.

Idoso (Perspectiva Social)

Na categoria Idoso (perspectiva social), obtivemos duas subcategorias, a positiva e a negativa. Após a análise sistemática das respostas dadas pelos enfermeiros, verificámos que esta foi a categoria em que se verificou um maior número de respostas, sendo o valor percentual de respostas, de 43,6%. Obtido este valor, verificámos também que relativamente às sub categorias, os valores percentuais das respostas eram idênticos, sendo 23% para a positiva e 20,3% para a negativa.

Os enfermeiros inquiridos relativamente à dimensão Idoso, distribuem a sua opinião na vertente social pelos aspectos positivos e negativos desta.

Assim, obtivemos para a sub categoria positiva, respostas de carácter positivo, que em unidades de registo se traduziram em:

- Convívio, Actividade / Laser (4)
- Terceira idade (3)
- Ansião (2)
- Respeito (2)
- Vivido (2)
- Companheiro (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, uma variedade de outras respostas de carácter positivo como: Contador de histórias, Filósofo, Educador, Veterano, Vida, Palavra bonita, Café, Conselheiro, Amigo, Avô, Partilha de amor, Disponível, Patriarca e Anos.

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas de carácter negativo que se traduziram em unidades de registo, como:

- Velho (10)
- Reformado (4)
- Solidão (4)
- Marginalizado (2)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativo como: Desocupado, Sedentário, Saudoso, Desvalorizado, Peso familiar e Mudança.

4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para trabalhar em gerontologia é absolutamente necessário, e torna-se um imperativo, que os enfermeiros possuam e avaliem os seus conhecimentos sobre envelhecimento e sobre o fenómeno da saúde nos idosos, passando a trabalhar numa concepção mais abrangente e global sobre toda esta problemática, vendo o individuo idoso como um todo, numa perspectiva holística e mais humanizada.

Os enfermeiros, entre diversos profissionais de saúde, pela natureza das suas funções, têm um papel muito próximo e importante no cuidar do idoso, sendo muitas vezes influenciados pelas representações sociais positivas e negativas, mitos e estereótipos, que detêm acerca do envelhecimento e do doente idoso.

A fase de discussão de resultados é fundamental em qualquer estudo, permitindo-nos sistematizar a informação recolhida, mas também destacar e evidenciar os resultados mais significativos e confrontá-los com todo o quadro teórico que deu suporte ao estudo.

Esta fase permite-nos a procura de resposta à nossa questão de partida:

“Quais as representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doentes idoso?”. Bem como mobilizar os dados obtidos através das respostas dos enfermeiros, no sentido de mobilizar adequadamente as nossas hipóteses de investigação, sendo estas:

- Quais são as representações sociais, positivas e negativas, que os enfermeiros do serviço de urgência têm face ao Envelhecimento, à Velhice, ao Idoso e ao Velho?
- Os enfermeiros do serviço de urgência têm maioritariamente representações negativas ou positivas acerca do idoso e do envelhecimento, dada a natureza da sua actividade profissional?

Desta forma, para dar resposta à nossa questão de partida utilizámos um inquérito por questionário, com uma escala que variava entre o discordo bastante e o concordo bastante e um Teste de Associação Livre de Palavras. Segue-se a discussão dos resultados obtidos a partir destes dois instrumentos.

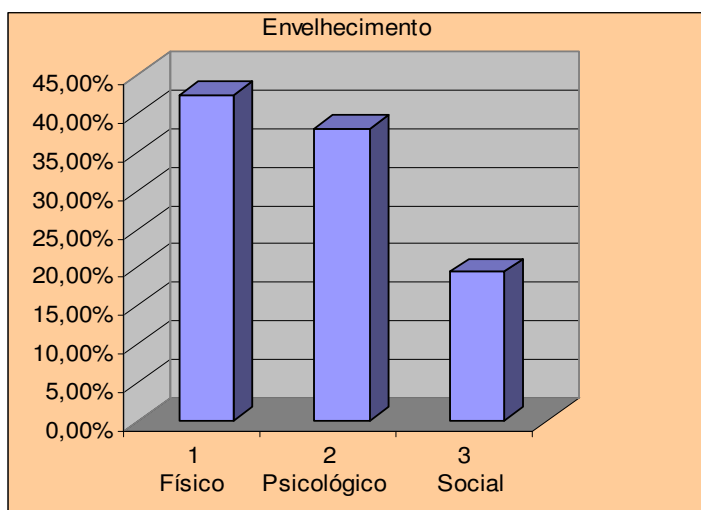
4.1 – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Para a análise do Teste de Associação Livre de Palavras recorreu-se à análise de conteúdo, o que nos levou a agrupar as respostas em quatro dimensões. As quatro dimensões consideradas foram coincidentes com as quatro palavras estímulo, sendo estas: Envelhecimento, Velhice, Idoso e Velho. Em cada dimensão foi necessário proceder à discussão dos dados relativamente a cada categoria e subcategoria encontradas.

4.1.1 – Envelhecimento

Na Dimensão Envelhecimento obtivemos 139 Unidades de Registo e três categorias, como já vimos anteriormente, sendo elas: Físico, Psicológico e Social. As percentagens encontradas foram respectivamente: para Envelhecimento Físico (42,4%), para Envelhecimento Psicológico (38,1%) e para Envelhecimento Social (19,4%), conforme o **Gráfico III**.

Gráfico III – Envelhecimento: percentagens por Categoria

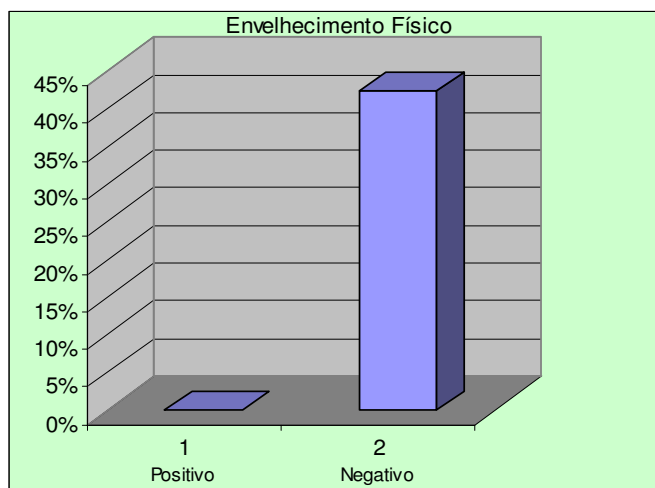


4.1.1.1 – Envelhecimento Físico

Na categoria Envelhecimento Físico obtivemos 59 Unidades de Registo em apenas uma subcategoria: Negativo, com 42,4% das respostas e com 59 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos

associam o envelhecimento físico apenas à sua vertente negativa, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico IV – Envelhecimento Físico.
(Percentagens por subcategorias)**



Existem muitas ideias preconcebidas relacionadas com o envelhecimento, sendo as mais frequentes as relacionadas com as crenças de que esta fase da vida é sempre acompanhada de doença, deterioração física e de incapacidades. É frequente que os idosos, suas famílias, os profissionais de saúde e a população em geral culparem a “idade” pela falta de saúde de uma pessoa. Os preconceitos que temos em relação aos idosos e a estima que a sociedade tem na época actual pelos seus membros mais velhos são por vezes tão baixos, que quase todas as pessoas aceitam esta explicação.

Após a análise das respostas dos enfermeiros, constatamos que estes associam o envelhecimento físico a Dependência e a Perda de faculdades e Capacidades, no entanto vários autores acentuam que esta ideia é um estereótipo.

De acordo com Sousa et al (2004,48) “*Algumas pessoas mostram declínio do seu estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos*”, referindo ainda que “*Na verdade, qualquer declínio precoce reflecte patologia e não os efeitos da idade, ou*

seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida”.

Wenger (1987) citado por Sousa et al (2004,48) considera que *“uma das razões para estereotipar os idosos como dependentes se baseia numa leitura errónea das estatísticas, mormente, porque os dados são obtidos, na maioria, em instituições e / ou fornecidas por cuidadores informais”.* Em qualquer das situações segundo o autor, apenas é apresentada a parcela da população que necessita de ajuda, o que parece justificar este facto.

Assim, constatamos que os enfermeiros como elementos da equipa de saúde mais próximos do doente idoso lidam com as suas limitações físicas, que se reflectem na dependência de outrem para a satisfação das actividades básicas de vida. A sua visão conseqüentemente aponta então no sentido de dar mais ênfase à vertente física negativa do processo de envelhecimento.

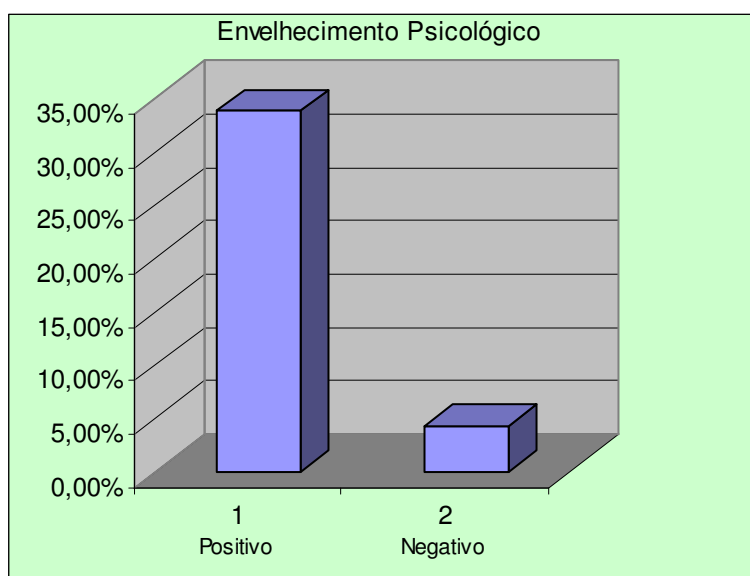
Diversos autores defendem a teoria de que o envelhecimento se resume apenas à perda de capacidades de adaptação e à conseqüente perda de faculdades físicas, o que conduz a relações de dependência e de limitações do indivíduo idoso, noção que vai de encontro aos resultados do nosso estudo. De acordo com Garcia (1994,8) *“Se o envelhecimento dá origem a uma diminuição da capacidade de adaptação e de resposta às variadas solicitações criadas ao idoso, vai haver conseqüentemente uma instabilidade do equilíbrio homeostático, que, ao conduzir a uma maior facilidade em adoecer, poderá também aumentar a dependência daquela pessoa”.*

Desta forma, muitos dos idosos que acorrem ao serviço de urgência mostram graus variados de dependência, agudizações das situações crónicas da sua doença, sendo estes grandes consumidores de cuidados de saúde, com variados graus de dependência, em que os enfermeiros necessitam de ter um contacto próximo com a sua vertente física negativa. O que para nós se torna explicativo dos dados obtidos na categoria envelhecimento.

4.1.1.2 – Envelhecimento Psicológico

Na categoria Envelhecimento Psicológico obtivemos 53 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo (33,8%) com 47 Unidades de Registo, e Negativo (4,3%) com 6 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos associam essencialmente o envelhecimento psicológico à sua vertente positiva, sendo a negativa menos relevante, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico V – Envelhecimento Psicológico.
(Percentagens por subcategorias)**



No que diz respeito ao Envelhecimento psicológico, os enfermeiros do serviço de urgência inquiridos no nosso estudo, no exercício da sua actividade profissional, valorizam em maior percentagem a vertente positiva do envelhecimento psicológico, sendo que considerámos como respostas significativas as que nos mostravam maior número de unidades de registo. Neste contexto, constatámos a referência a conceitos como: a Experiência, a Sabedoria, o Conhecimento, a Maturidade e a Vivência e Caminhada.

Estes dados mostraram-se concordantes com a perspectiva de Fonseca (2004,106) que se baseando em Lachman e Baltes (1994), refere que *“a par com um certo declínio no desempenho de funções cognitivas (...) noutros domínios de actividade (...) onde a experiência e o saber acumulados desempenham um papel*

importante, os indivíduos idosos podem exibir uma maior capacidade de realização, por exemplo, no campo da resolução de problemas". Estamos também perante uma fase do desenvolvimento humano baseada na experiência e no conhecimento, que se foi adquirindo ao longo da vida, que se vai ganhando durante a idade adulta e na velhice, a que, segundo o autor se tem atribuído o nome de "sensatez" ou "sabedoria".

Ainda de acordo com esta linha de pensamento de Fonseca (2004,108) e baseando-se em diversos autores como Baltes (1993), Baltes e Smith (1990), refere que a Sabedoria

"Traduz uma competência global que engloba quer o domínio de uma grande quantidade de conhecimentos acerca de factos e procedimentos, quer uma particular sensibilidade ao contexto, à incerteza e ao relacionamento, sendo encarada como – a expressão óptima do conhecimento quanto à pragmática fundamental da vida, isto é, um conhecimento apurado e integrado acerca do significado da vida que coordena factores da mente, personalidade e emoção".

Assim, todo o referido vai de encontro aos resultados obtidos, em que a Experiência (com 16 unidades de registo) e a Sabedoria (com 13 unidades de registo) foram aspectos bastante valorizados pelos enfermeiros no teste aplicado. Foram também referenciadas pelos enfermeiros outras palavras consideradas como caracterizadoras do envelhecimento psicológico positivo, na mesma linha de pensamento, sendo elas: a Maturidade, a Vivência, a Caminhada, o Enriquecimento, a já referida Sensatez, a Adaptação e a Aceitação.

Desta forma, o ser humano apresenta todo um potencial de crescimento e maturação variável ao longo de cada ciclo da vida. O desenvolvimento psicológico surge como um processo de acumulação de "saber" e de experiência de toda uma vida, que se reflecte no modo como cada pessoa entende a natureza do mundo que o rodeia.

Os enfermeiros deverão ter conhecimento acerca dos processos de desenvolvimento, a fim de compreenderem as alterações comportamentais dos utentes idosos, bem como conhecimentos que permitam ajudar os idosos nas suas necessidades de saúde e nas necessidades psicossociais de desenvolvimento.

Na subcategoria Negativo, após a análise dos dados obtidos, verificámos que os enfermeiros valorizavam em mais baixa percentagem características negativas do envelhecimento psicológico, com 4,3% das respostas. Sendo as palavras referidas por estes: a Depressão, a Tristeza, a Demência, o Desinteresse e a Preocupação. No aspecto psicológico, a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa vulnerável a estados de depressão e de tristeza.

De acordo com o estudo de Fernandes (2000), é dado relevo à presença de sentimentos de tristeza e depressão nos idosos, baseando-se noutros estudos consultados, sendo estes:

- . Blazer, que, em mais de 1300 idosos que viviam em comunidades rurais e urbanas nos EUA, encontrou 27% que tinham sintomas de depressão. Desses, 19% identificavam-se com sintomas depressivos leves; 4% apresentavam depressão grave; 2% distúrbio distímico; 0,8% incluíam-se num quadro de episódio depressivo maior e, finalmente, 1,2% enquadravam-se num síndrome misto de depressão e ansiedade.

- . Numa comunidade idosa, a norte de Portugal, Barreto encontrou uma prevalência de 25%.

- . Seabra et al, que levou a cabo, no Algarve, um estudo a idosos reformados concluindo, surpreendentemente, que existe uma prevalência de depressão em 72% deles.

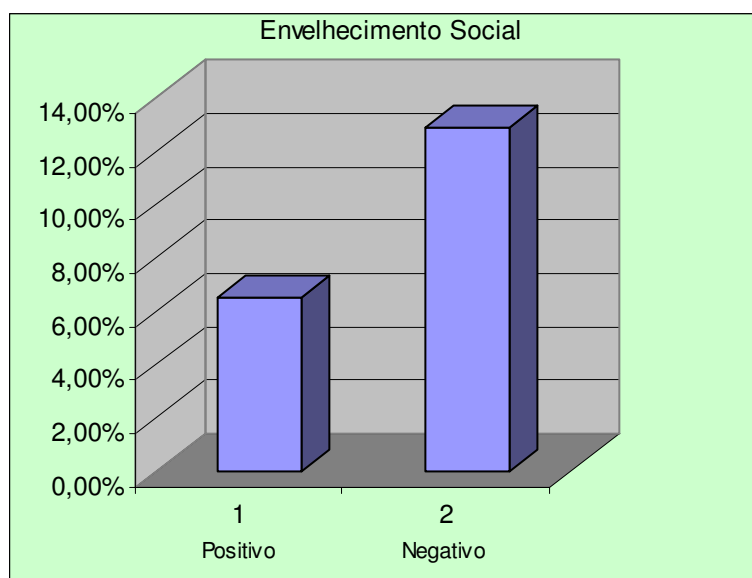
- . Nos idosos que frequentavam os centros de saúde de Sintra e Lisboa, Sousa e Valente, constataram uma percentagem sentimentos demonstrativos de depressão de, respectivamente, 40% e 35%.

As sociedades ditas de modernas e civilizadas, privilegiam a juventude relativamente à velhice, sendo estes estados de tristeza, depressão, preocupação e desinteresse, muitas vezes justificados pelas inerentes alterações psicossociais do processo de envelhecimento, vindo de encontro às respostas obtidas no nosso estudo.

4.1.1.3 – Envelhecimento Social

Na categoria Envelhecimento Social obtivemos 27 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo (6,47%) com 9 Unidades de Registo, e Negativo (12,9%) com 18 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos associam o envelhecimento social às suas vertentes positiva e a negativa com um grau de relevância idêntico, comparando com as percentagens obtidas nas subcategorias anteriores, para o envelhecimento físico e para o envelhecimento psicológico. Conforme podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico VI – Envelhecimento Social.
(Percentagens por subcategorias)**



O envelhecimento social é uma realidade dos nossos dias, acarretando desafios aos quais nos idosos e suas famílias têm de criar mecanismos de adaptação, de acordo com Sousa et al (2004,30) “*A família no fim da vida enfrenta um conjunto de desafios aos quais tem de se adaptar, entre os quais se destacam: a desocupação de papéis anteriores, ser avô, inversão de papel (role reversal), redução de redes sociais, doença, dependência e morte*”.

De acordo com a análise dos dados, verificamos que os enfermeiros inquiridos valorizam em maior percentagem a vertente negativa do envelhecimento social, comparativamente com a vertente positiva. Em que realçaram o envelhecimento

como Problema Social, (com 3 Unidades de registo), como sendo Uma Nova Forma de Vida e uma Mudança (também com 3 Unidades de Registo).

Podemos também verificar que os enfermeiros do serviço de urgência, ao associarem o envelhecimento social à sua vertente negativa, fazem alusão a noções de: Perda de Papel Social, Limiar da Vida e Reforma (com 2 Unidades de Registo cada), o que vai de encontro ao citado por Sousa et al (2004,31) que nos referem que *“A reforma já assumiu um carácter de ritual de passagem ao estatuto de idoso, representa a transição das pessoas da categoria dos activos à dos reformados, inactivos e improdutivos”*.

A adicionar ao atrás descrito, constatamos também que vivemos numa sociedade em que uma parte dos nossos idosos se encontra em situações de Isolamento e de Solidão, o que também vai de encontro às respostas dos enfermeiros inquiridos, que referem o Isolamento e a Solidão com 2 Unidades de Registo cada.

Os idosos vivem muitas vezes separados das famílias, sozinhos ou colocados em lares, centros de dia ou hospitais, carentes de afecto e de calor humano, induzindo a sentimentos de solidão e de isolamento.

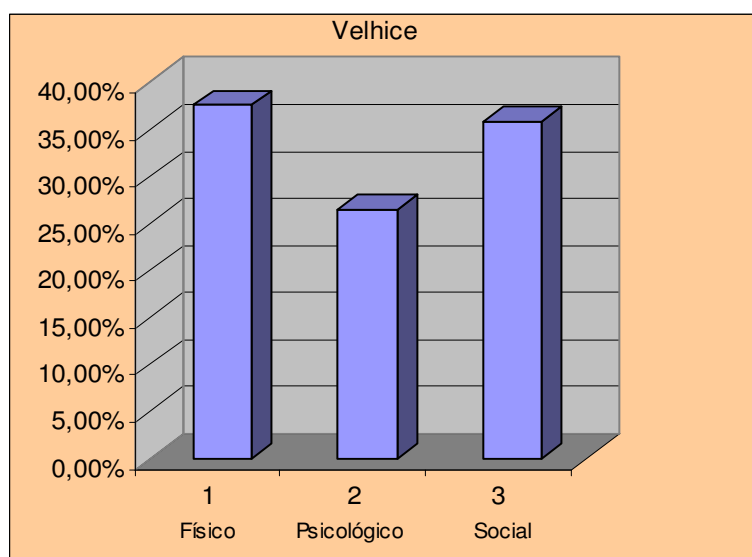
Na subcategoria Envelhecimento Social Positivo, os enfermeiros do nosso estudo associaram esta fase da vida a conceitos assentes em Percurso de Vida e Tempo, com 4 Unidades de Registo, o que nos dá a visão de que também nesta fase, a pessoa atingiu um patamar de acalmia, conseguindo-se realçar características positivas, de um tempo acrescido para alguns idosos partilharem um tempo para a família e para o convívio com outros indivíduos.

Sugiram com 1 Unidade de Registo outros conceitos positivos respeitantes ao envelhecimento social, como: Meta, Liberdade e Partilha. O que vai de encontro ao atrás referido.

4.1.2 - Velhice

Na Dimensão Velhice obtivemos 117 Unidades de Registo em três categorias, como já vimos anteriormente, sendo elas: Físico, Psicológico e Social. As percentagens encontradas foram respectivamente: para Velhice Física (37,6%), para Velhice Psicológica (26,5%) e para Velhice Social (35,9%), conforme o **Gráfico VII**.

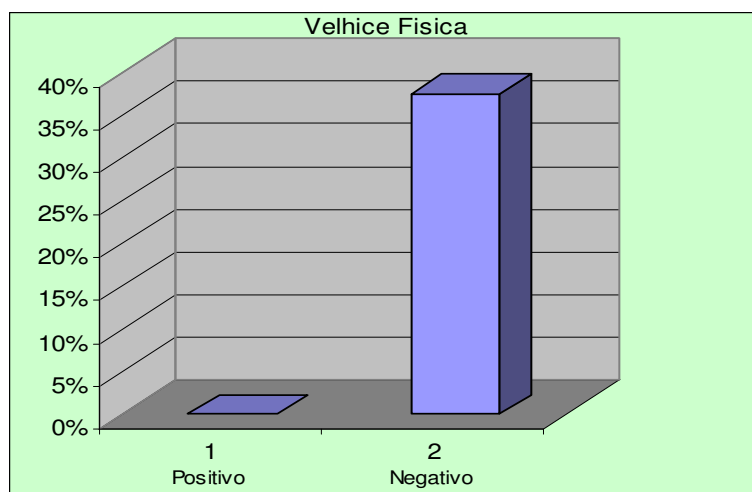
Gráfico VII – Velhice: percentagens por Categoria



4.1.2.1 – Velhice Física

Na categoria Velhice Física obtivemos 44 Unidades de Registo em apenas uma subcategoria: Negativo, com 37,6% das respostas e com 44 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir, em concordância com a dimensão anterior – Envelhecimento, que os enfermeiros inquiridos associam a Velhice Física apenas à sua vertente negativa, como podemos verificar no gráfico seguinte.

Gráfico VIII – Velhice Física
(Percentagens por subcategorias)



Mais uma vez, e em concordância com a categoria Envelhecimento Físico, os enfermeiros inquiridos referem no nosso estudo ideias preconcebidas relacionadas com esta fase do ciclo vital. Referem com 14 Unidades de Registo a Perda de Capacidades e a Limitação, dos indivíduos durante a velhice.

Como temos vindo a referir ao longo do nosso estudo, o envelhecimento mostra-se como uma fase caracterizada por um conjunto de modificações e alterações degenerativas, que aparecem com o passar do tempo sobre o ciclo vital do Ser Humano, sendo esta uma visão que vai de encontro às respostas encontradas.

Constamos referida pelos inquiridos, mais uma vez as noções de Dependência com 6 Unidades de Registo, Impotências com 5 Unidades de Registo e Transformação com 4 Unidades de Registo. Assim, os enfermeiros pela natureza da sua actividade profissional e trabalhando de perto com a saúde / doença durante a velhice, tendo contacto diário com as limitações físicas dos indivíduos, referem-nos representações negativas desta fase do ciclo de vida. Obtivemos ainda no nosso teste palavras como: Alterações físicas, Doença, Decadência, Desgaste e Morte (com 2 Unidades de Registo, cada).

Esta é uma visão que segundo Berger e Mailloux- Poirier (1995,116) parece não retratar por completo a realidade, referindo que *“Acreditar que a doença e o*

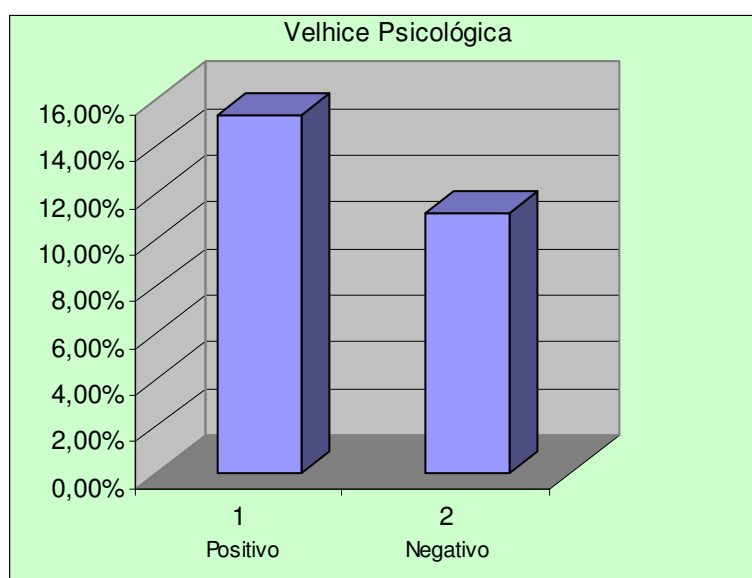
envelhecimento são sinónimos é um erro grave, que muita gente faz. Se a velhice fosse uma doença, isso significaria que poderia tratá-la e curá-la. Ora não se pode curar a velhice” (...)” A doença não faz necessariamente parte da velhice”.

Desta forma, como temos vindo a constatar ao longo do nosso estudo, a velhice acarreta muitas modificações físicas que podem conduzir a diversas limitações, mas esta visão não pode, nem deve ser generalizada a todos os indivíduos, uma vez que existem pessoas que conseguem manter-se fisicamente saudáveis e activas até ao final da sua vida.

4.1.2.2 – Velhice Psicológica

Na categoria Velhice Psicológica obtivemos 31 Unidades de Registo (26,5%), em duas subcategorias: Positivo (15,3%) com 18 Unidades de Registo e Negativo (11,1%) com 13 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos, tal como na categoria Envelhecimento Psicológico, valorizam em maior percentagem a vertente positiva da Velhice Psicológica, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico IX – Velhice Psicológica
(Percentagens por subcategorias)**



A velhice é uma fase da vida que surge associada à aquisição de características psicológicas positivas, o que vai de encontro às respostas obtidas no nosso

estudo, dado que obtivemos na subcategoria Velhice Psicológica Positiva uma maior percentagem de respostas do que na subcategoria Negativo. Assim, repostas que são demonstrativas de representações positivas por parte dos enfermeiros relativamente à velhice, sendo estas: Experiência (6 Unidades de Registo), Sabedoria (4 Unidades de Registo), Tolerância, Maturidade e Conhecimento (2 Unidades de Registo, cada), Ganho e Sensatez (1 Unidades de Registo, cada).

Assim, através das respostas obtidas podemos verificar que os enfermeiros valorizaram na subcategoria Positivo mais uma vez a Experiência e a Sabedoria. De acordo com Fonseca (2004,110) a relação entre a Sabedoria e a idade é complexa, no entanto e baseando-se num estudo de Baltes e Smith (1990) o autor refere que, os idosos eram bastante mais sábios do que as pessoas de meia-idade e, mais ainda do que os jovens adultos.

De acordo com o mesmo autor *“A pesquisa relativamente à sabedoria na velhice vem, de algum modo, provar que existe um potencial cognitivo latente que emerge precisamente como mecanismo compensador da diminuição de outras capacidades”*. Assim, a noção de sabedoria surge como uma capacidade que vai sendo desenvolvida à medida que a idade vai avançando, com um inerente carácter individual de pessoa para pessoa.

De acordo com Barreto (1988), as últimas décadas da vida poderão então assemelhar-se a um período de serenidade, comparável com um entardecer tranquilo. O autor refere ainda que *“à medida que a existência avança, os estilos de vida tornam-se diferentes uns dos outros, a personalidade enriquece-se, complica-se e diferencia-se; o comportamento torna-se mais coerente, menos contraditório e mais previsível”*.

Na subcategoria Velhice Psicológica Negativa, após análise dos dados obtidos, verificámos que os enfermeiros valorizavam em menor percentagem as características negativas da velhice psicológica. Sendo que as palavras referidas por estes foram: Tristeza e Idade Avançada / Senilidade (3 Unidades de Registo, cada), Rabugice e Auto-desvalorização / Insegurança (2 Unidades de Registo,

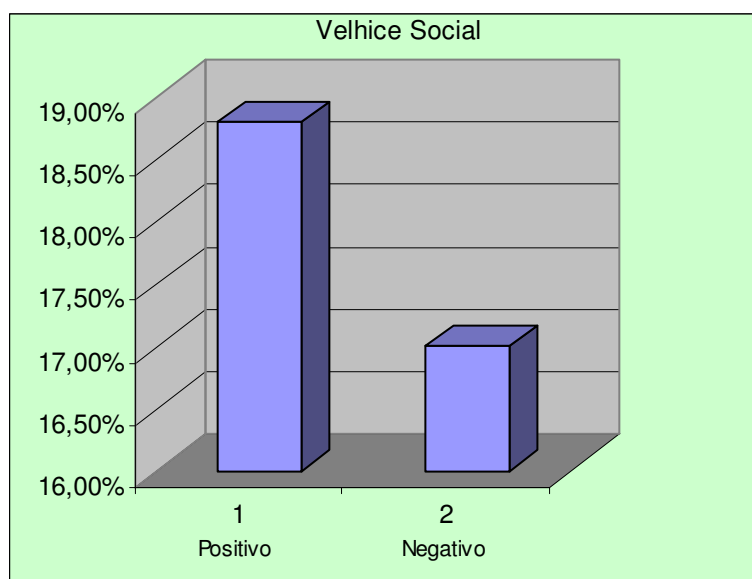
cada). Obtivemos ainda: Segunda Infância, Ansiedade e Medo (1 Unidade de Registo).

De acordo com a bibliografia consultada verificamos nestas respostas algumas das representações sociais mais frequentes relativamente aos idosos e à velhice. De acordo com Fonseca (2004,114) citando diversos autores recorda que um dos estereótipos mais frequentes relacionados com a velhice prende-se com a ideia de que as pessoas idosas são teimosas, tristes, “chatas”, e inseguras, etc., assumindo que há todo um conjunto de características típicas que definem psicologicamente uma pessoa e que sofrem uma evolução com a idade, sendo no caso da personalidade essa evolução por vezes de carácter negativo.

4.1.2.3 – Velhice Social

Na categoria Velhice Social obtivemos 42 Unidades de Registo (35,9%), em duas subcategorias: Positivo (18,8%) com 22 Unidades de Registo e Negativo (17%) com 20 Unidade de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos, colocam em idênticas percentagens a vertente positiva e a negativa dos aspectos relacionados com a Velhice Social.

**Gráfico X – Velhice Social
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Velhice Social Positiva, após a análise sistemática das respostas obtidas, verificámos que os enfermeiros inquiridos valorizavam esta subcategoria em mais 1,8% do que a subcategoria Velhice Social Negativa. O que traduz em termos percentuais um equilíbrio entre a percentagem de respostas de carácter positivo e de respostas de carácter negativo.

Foram referidas na vertente positiva da Velhice Social conceitos como: Memórias (4 Unidades de Registo), Fase da Vida / Vida / Gerações (3 Unidades de Registo), Tempo Livre / Disponibilidade (2 Unidades de Registo) e 3ª Idade / Idade (2 Unidades de Registo). Os enfermeiros do nosso estudo associam a velhice à fase do ciclo vital em que os indivíduos vivem as memórias dos tempos passados, bem como à fase da vida que demonstra uma passagem pelas diversas gerações.

De acordo com Fonseca (2004,13) os indivíduos idosos continuam ainda hoje a ser alvo de estudos regulares, o que permite obter *“uma imagem única da evolução longitudinal que as suas vidas estiveram sujeitas, das diferenças entre elas, consoante os grupos de origem, bem como das formas diversas por meio das quais, no decorrer do tempo cada individuo foi conferindo sentido à sua vida”*. Visão esta, que vai de encontro à passagem do individuo pelas diversas gerações, dando um rumo e um sentido único à sua vida. Parafraseando Vailhante (2002) o autor refere ainda que *“Em cada idade, contamos a história da nossa vida de maneira diferente”*.

Na mesma linha de pensamento, obtivemos outras palavras de carácter positivo com uma Unidade de Registo, sendo estas: Vivências, Tradição, Amizade, Convívio, Carinho pelo Próximo, Sociedade, Descanso, Partilha e Respeitosamente.

Na subcategoria Velhice Social Negativa, constatámos pelas respostas dos enfermeiros inquiridos a referência com 7 Unidades de Registo às palavras: Isolamento / Solidão. O Isolamento e a Solidão têm sido temas alvo de estudo denunciados por aqueles que se preocupam com esta problemática, apontando em termos sociais muitas vezes, como solução deste problema o recurso a lares e centros de dia para idosos. Assim, o isolamento familiar constitui uma

condicionante social de relevo, que mais tarde ou mais cedo pode vir a canalizar os idosos para situações de solidão.

Os enfermeiros do serviço de urgência no desempenho da sua actividade profissional, contactam com problemas de ordem social de inúmeros idosos, tendo de muitas vezes solicitar o apoio do serviço social, a fim de se resolverem algumas situações desta ordem. Desta forma, contactam frequentemente com situações de isolamento e de solidão dos idosos, o que nos parece ser justificativo das respostas obtidas.

Mais uma vez constatámos, em concordância com a subcategoria Envelhecimento Social Negativo, a referência à palavra: Reforma (com 1 Unidade de Registo). Na velhice o idoso é exposto a uma série de alterações e condicionantes sociais, sendo uma das mais importantes a reforma, na medida em que esta confronta o indivíduo com uma nova forma de vida à qual este tem de se adaptar, marcada essencialmente pela perda das suas funções profissionais, sendo vista pela sociedade como o início de um período de improdutividade.

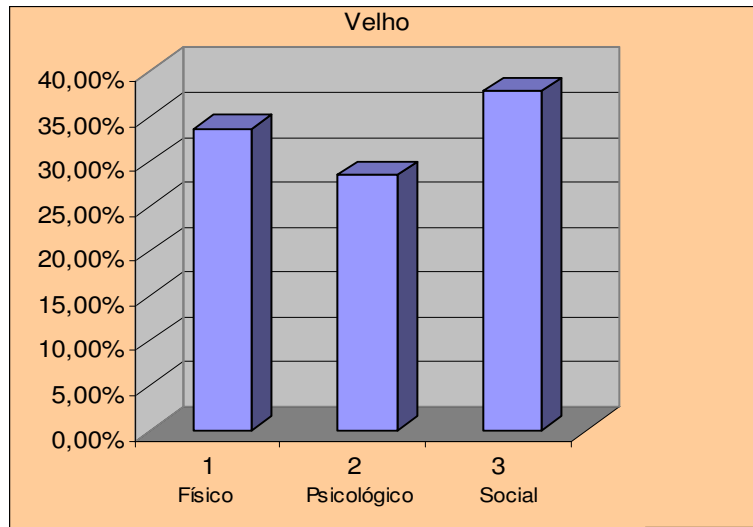
Obtivemos no nosso estudo, nesta subcategoria, também com uma Unidade de Registo referência a palavras como: Perdas Familiares, Estadio, Antiguidade, Passado, Necessidade de Ajuda, Problema Social e Preconceitos.

Indo de encontro às respostas encontradas, de acordo com Fonseca (2002), a velhice é uma fase marcada por mudanças sociais na vida familiar, desde a saída dos filhos de casa, à necessidade de assistir os mais velhos da família, à novidade de novos papéis sociais como por ex. ser avô/avó e à perda de familiares, entre outros. Existe assim, todo um passado para trás, toda uma alteração de papéis sociais aos quais o idoso tem de adaptar, e conjuntamente a todos estes factores muitos preconceitos e estereótipos por parte da sociedade.

4.1.3 – Velho

Na Dimensão Velho obtivemos 119 Unidades de Registo em três categorias, como já vimos anteriormente, sendo elas: Velho (perspectiva física) com 33,6% das respostas, Velho (perspectiva psicológica) com 28,5% das respostas e Velho (perspectiva social) com 37,8% das respostas. Conforme o **Gráfico X**.

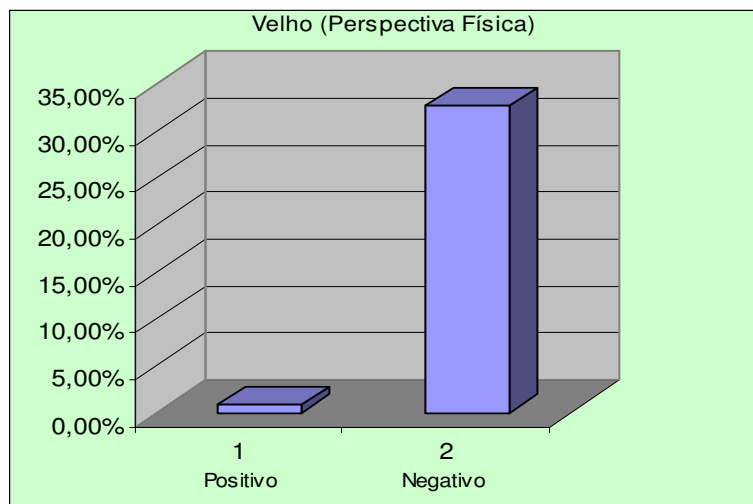
Gráfico XI – Velho: percentagens por Categorias



4.1.3.1 – Velho (perspectiva física)

Na categoria Velho (perspectiva física) obtivemos 33,6% das respostas, dentro da dimensão Velho, com 40 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo com 0,84% das respostas e Negativo com 32,7% das respostas. O que nos leva a concluir, em concordância com as dimensões anteriores – Envelhecimento e Velhice, que os enfermeiros inquiridos associam a Velho na sua perspectiva física apenas a aspectos essencialmente negativos, conforme podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico XII – Velho (perspectiva física)
(Percentagens por subcategorias)**



De acordo com Sousa et al (2004,23) e como temos vindo a referir ao longo do estudo “*O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo*”. Esta visão vai de encontro às respostas dadas pelos enfermeiros, onde mais uma vez, e reforçando as respostas obtidas nas dimensões anteriores, relativamente ao Envelhecimento Físico e à Velhice Física, encontramos em percentagens francamente superiores realçadas as características físicas negativas desta fase do ciclo de vida do Homem.

Assim, obtivemos na subcategoria Positivo apenas uma Unidade de Registo, sendo ela a palavra: Longevidade, dando-nos a noção do “velho” que em termos físicos consegue adquirir um longo percurso de vida, e que algumas vezes os enfermeiros ao longo do seu percurso profissional ou pessoal conseguem encontrar.

Na subcategoria Negativo, obtivemos um maior número de Unidades de registo (39) que se referem às inerentes características físicas negativas do indivíduo nesta fase da vida.

Com 10 Unidades de Registo obtivemos o Velho na sua perspectiva física negativa associada às seguintes palavras: Desgastado, Usado e Estragado. Consideramos que os enfermeiros inquiridos se referem primeiramente ao “velho” como “objecto gasto”, dada a natureza das respostas obtidas.

Seguidamente, com 6 Unidades de Registo, obtivemos palavras que vão de encontro a conceitos já por nós referenciados em outras categorias, sendo estes: Frágil, Debilitado, Dependente e Limitações. Na mesma linha de pensamento e de acordo com Sousa et al (2004,24) “*O envelhecimento não é uma doença, mas antes um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo*”. Como já vimos, “ser velho” numa vertente física acarreta inúmeras alterações morfológicas e fisiológicas que vão influenciando a perda progressiva de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Embora com

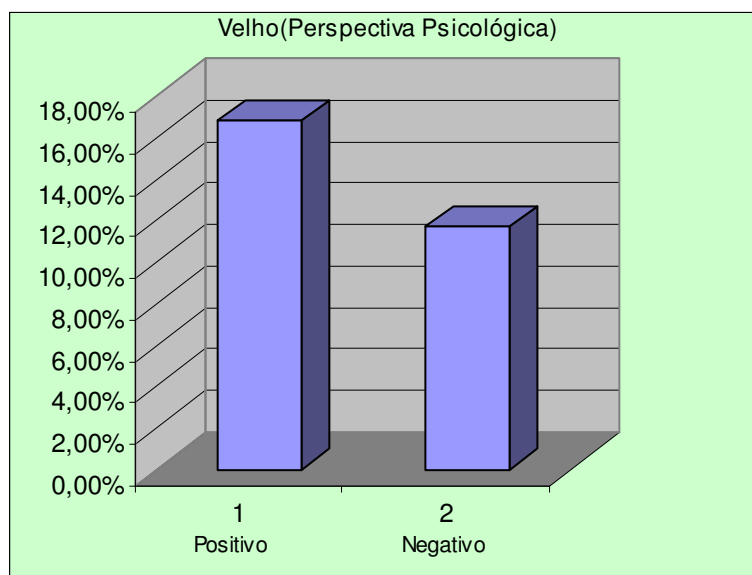
sabemos, existam indivíduos com muita idade, e que apesar dos seus défices ou da sua ameaça, permaneçam independentes.

Verificamos que as representações sociais dos enfermeiros face ao Velho na perspectiva física se revestem de imagens bastante negativas, sendo que ainda obtivemos respostas como: Acamado, Cuidados, Doente, Necessita de ajuda, Rugas, Fraco, Parado, Decadente, Deteriorado, Cansado e Morte.

4.1.3.2 – Velho (perspectiva psicológica)

Na categoria Velho (perspectiva Psicológica) obtivemos 28,6% das respostas dentro da dimensão Velho, com 34 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo (16,8%) com 20 Unidades de Registo, e Negativo (11,7%) com 14 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos associam em maior percentagem o “Velho” na sua vertente psicológica à sua perspectiva positiva, sendo a negativa menos relevante, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico XIII – Velho (perspectiva psicológica)
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Velho (perspectiva psicológica) Positivo, verificámos que os enfermeiros inquiridos fazem referência a palavras já constatadas anteriormente,

nas subcategorias Envelhecimento Psicológico Positivo e Velhice Psicológica Positiva, sendo estas: Experiente (8 Unidades de Registo), e Sábio / Conhecedor (7 Unidades de Registo).

Fonseca (2004,109) citando Cavanaugh (1997) refere que “*A sabedoria envolve conhecimento prático e deduções psicológicas, estando baseada na experiência de vida*”. Assim, constatamos que os conceitos de experiente, sábio e conhecedor são caracterizados por uma estreita ponte entre si, estando fortemente interligados entre si nesta fase da vida. Face a esta subcategoria, obtivemos ainda outras palavras como resposta, com uma Unidade de Registo, sendo estas: Tolerante, Sereno e Harmonia.

Na mesma linha de pensamento, e constatando que todos estes conceitos se interligam com o conceito de Sabedoria, Sternberg e Lubart (2001) citados por Fonseca (2004) sugerem que a caracterização da sabedoria pode ser tratada através de seis dimensões: o conhecimento, os processos de resolução de problemas, a capacidade de avaliação e julgamento de natureza cognitiva, a tolerância, a motivação e a apreciação de factores contextuais que sustentam diversos pensamentos e acções. Pensamos ser esta sabedoria, um meio de aquisição de outras capacidades aqui referidas pelos nossos inquiridos como a tolerância, a serenidade e a harmonia.

Na subcategoria Velho (perspectiva psicológica) Negativo, constatamos através das respostas obtidas palavras que caracterizam a vertente psicológica negativa da palavra estímulo “Velho”, como sendo: Inflexível à Mudança (4 Unidades de Registo) e Desmotivado / Desinteressado (2 Unidades de Registo).

Estas são palavras referidas mostram-nos mais uma vez a presença de alguns dos mais frequentes estereótipos relacionados com o envelhecimento e com os idosos. O que vai de encontro à visão de Fonseca (2004, 28) que refere que “*Talvez o estereótipo mais enraizado acerca da velhice é que esta traduz-se em comportamentos conservadores, resistentes à mudança. Os idosos são percebidos como tendo um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projectos*”.

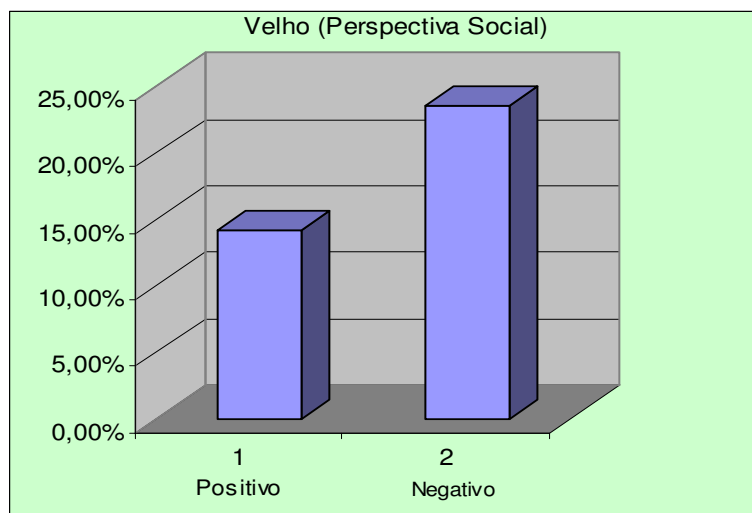
Constatámos ainda por parte dos enfermeiros inquiridos a alusão a outras palavras de carácter negativo face a esta subcategoria, com uma Unidades de Registo, como sendo: Nostálgico, Vulnerável, Saudoso, Carente, Desactualizado, Caduco, Apelativo e Tristeza.

Na nossa concepção também estas mostram o carácter estereotipado da visão dos “velhos” da nossa sociedade, não se podendo generalizar estes conceitos para todas as pessoas de idade avançada. Como refere Simões (1995) existe uma forte tendência para considerar os idosos como um grupo homogéneo, o que na realidade não acontece com estes. Cada indivíduo idoso tem a sua visão do mundo e a sua forma e capacidade de reacção perante as situações.

4.1.3.3 – Velho (perspectiva social)

Na categoria Velho (perspectiva Social) obtivemos 37,8% das respostas dentro da dimensão Velho, com 45 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo (14,2%) com 17 Unidades de Registo, e Negativo (23,5%) com 28 Unidades de Registo. O que nos leva a concluir que os enfermeiros inquiridos associam em maior percentagem o “Velho” na sua vertente social à sua perspectiva negativa, sendo a positiva menos relevante, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico XIV – Velho (perspectiva social)
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Velho (perspectiva social) Negativo, verificámos que os enfermeiros inquiridos fazem referência a palavras de carácter negativo relacionadas com a vertente social dos indivíduos “velhos”, como sendo: Antiquado (11 Unidades de Registo), Solidão / Isolado (3 Unidades de Registo), e ainda as palavras: Usado, Preconceituoso e Marginalizado / Exclusão (2 Unidades de Registo, cada).

Constatámos mais uma vez o carácter estereotipado destas respostas, tal como temos vindo a referir noutras categorias já analisadas. A associação da palavra “velho” à palavra Antiquado, surge para nós como uma interpretação referente a um “objecto”, como algo de antigo ou que está fora de uso, o que mostra mais uma vez o estereótipo associado às pessoas de mais idade.

O conceito de Solidão, referenciado pelos inquiridos do nosso estudo, segundo Paúl (1992) em Fonseca (2004,146) não está indissociavelmente ligado à velhice ou a acontecimentos que com ela se relacionam (reforma, mudança de residência, ...) mas sobretudo à falta de objectivos. O que vem demonstrar que nem todos os idosos vivem estados de isolamento e de solidão, estando muito em interligação com os objectivos de vida que cada individuo estabelece para si.

Com uma Unidade de Registo obtivemos no nosso teste outras palavras de carácter social negativo face à palavra “velho”, tendo sido estas: Desvalorizado, Trapo, Idade Avançada, Rejeição, Abandonado, Rezingão, Fardo e Lar. Algumas palavras descritas, como: Lar, Abandonado Rejeição e Fardo, surgem para nós muito ligadas ao conceito de institucionalização dos idosos, que segundo Queiroga (2002,37) surge *“quando a família, não tendo capacidade para responder às necessidades do idoso, coloca-o numa instituição”*.

O património cultural dos idosos é assim, desvalorizado, tornando-os em pesos familiares ou “fardos”, e que na impossibilidade de os subtrair, são confinados muitas vezes à instituição. Nesta fase do desenvolvimento humano, muitas das faculdades e apetências entram em progresso regressivo e os indivíduos ficam mais expostos e dependentes de factores alheios à sua vontade. Despojá-los do seu mundo e entregá-los a uma instituição não será, por vezes o melhor meio de

lhes proporcionar um ambiente da sua livre escolha, com a possibilidade de ser feliz.

Na subcategoria Velho (perspectiva social) Positiva obtivemos 17 Unidades de Registo, que se referem a características positivas acerca do “velho” numa perspectiva social, sendo estas: Amigo, Educador e Professor (2 Unidades de Registo). O que consideramos como descritivo de capacidades adquiridas ao longo da vida, caracterizadas por todo um património de sabedoria que se pode transmitir às gerações mais novas.

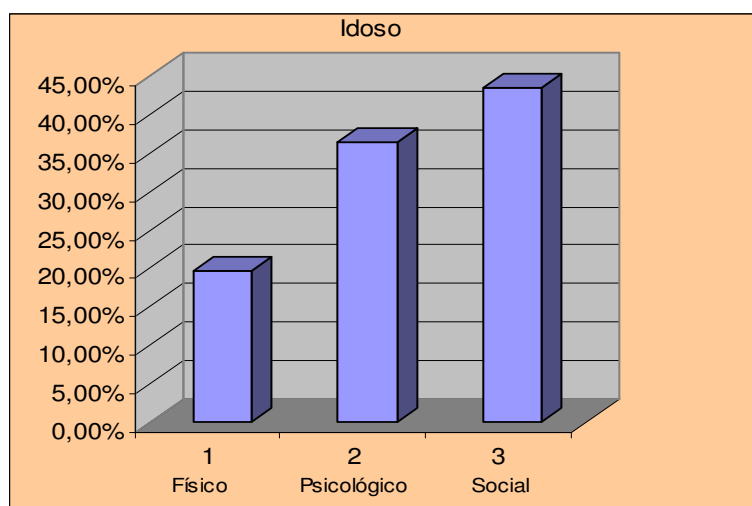
Com 1 Unidade de Registo foi considerado um vasto leque de respostas dos enfermeiros do estudo demonstrativas da sua visão positiva acerca desta temática, sendo estas: Idoso, Avô, Presente/Futuro, Conselheiro, Orador, Filósofo, Amor, Vivido, Histórias de Vida, Com muitos anos e Velhusco.

Gaudett (1992) considera que a personalidade dos indivíduos constitui a síntese daquilo que somos e faz com que sejamos únicos, diferentes do outro, e susceptíveis à evolução. Desta forma, características como a afectividade e o carácter são passíveis de sofrer alterações ao longo do processo de envelhecimento, permitindo aos indivíduos idosos ser portadores de algumas características aqui referidas pelos enfermeiros inquiridos.

4.1.4 – Idoso

Na Dimensão Idoso obtivemos 126 Unidades de Registo em três categorias, sendo elas: Idoso (perspectiva física) com 19,8% das respostas, Idoso (perspectiva psicológica) com 36,5% das respostas e Idoso (perspectiva social) com 43,6% das respostas. Conforme o **Gráfico XV**.

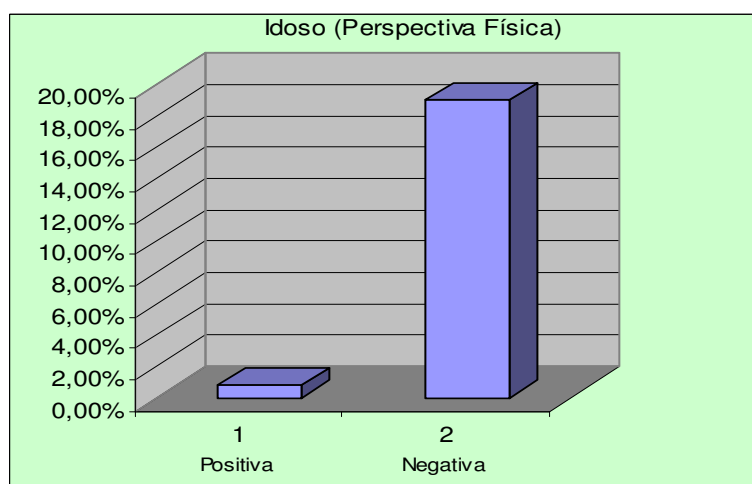
Gráfico XV – Idoso: percentagens por Categorias



4.1.4.1 – Idoso (perspectiva física)

Na dimensão Idoso, na categoria Idoso (perspectiva Física) obtivemos no nosso teste da associação livre de palavras 19,8% de respostas, com 25 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positiva com 0,79% das respostas numa única Unidade de Registo, e Negativa com 19% das respostas em 24 Unidades de Registo. Perspectiva que mais uma vez, e de acordo com as três dimensões anteriores (Envelhecimento, Velhice e Velho), nos levam a concluir que a vertente física é associada essencialmente aos aspectos negativos, por parte dos enfermeiros inquiridos no estudo, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico XVI – Idoso (perspectiva física)
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Idoso (perspectiva física) Positiva constatámos apenas uma Unidade de Registo como resposta, sendo esta a palavra Bem conservado.

Na subcategoria Idoso (perspectiva física) Negativa obtivemos 24 Unidades de Registo em 19% das respostas, que se referem essencialmente às características físicas negativas face ao indivíduo idoso.

Verificámos como palavras escritas pelos enfermeiros que classificavam o idoso na sua perspectiva física negativa, as seguintes: Dependente (7 Unidades de Registo), Frágil (6 Unidades de Registo) e Doente (2 Unidades de Registo). Como temos vindo a descrever ao longo do estudo, este grupo de respostas mostra mais uma vez o seu carácter estereotipado. De acordo com Simões (1985) um dos estereótipos mais frequentes relacionados com os idosos consiste em considerá-los como doentes e cansados.

Face a o exposto, na nossa perspectiva, a ideia de que os idosos são pessoas doentes e cansadas, conduziria às inerentes noções de dependência, de fragilidade e de limitações por parte destes, o que vai de encontro às respostas encontradas nesta subcategoria.

Ainda de acordo com Simões (1990,111) *“Não se pode confundir envelhecimento com doença. Isto não significa, como é óbvio, que não há idosos doentes. Significa sim, que nem todo o idoso é doente”*. Pensamos que os enfermeiros do serviço de urgência, como já foi referido anteriormente, associam que em grande número a imagem do idoso a noções de doença, de dependência e de fragilidade, devido à proximidade com estas características dos indivíduos mais velhos, durante o desempenho da sua actividade profissional.

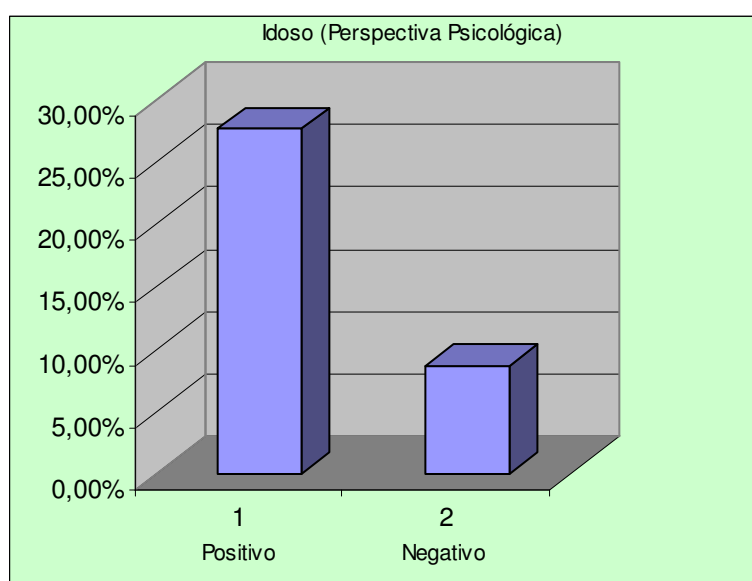
4.1.4.2 – Idoso (perspectiva psicológica)

Na dimensão Idoso, na categoria Idoso (perspectiva Psicológica) obtivemos no nosso teste da associação livre de palavras 36,5% de respostas com 46 Unidades de Registo, em duas subcategorias: Positiva com 27,7% das respostas com 35

Unidades de Registo, e Negativa com 8,7% das respostas em 11 Unidades de Registo.

Esta perspectiva mais uma vez, e de acordo com as três dimensões anteriores (Envelhecimento, Velhice e Velho), nos levam a concluir que a vertente psicológica è associada essencialmente aos aspectos positivos, por parte dos enfermeiros inquiridos no estudo, como podemos verificar no gráfico seguinte.

**Gráfico XVII – Idoso (perspectiva psicológica)
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Idoso (perspectiva psicológica) Positiva obtivemos como respostas dos enfermeiros inquiridos, as palavras: Experiência (15 Unidades de Registo), Sabedoria/Conhecimento (13 Unidades de Registo) e Serenidade (2 Unidades de Registo). Este grupo de respostas vem de encontro às respostas encontradas nas subcategorias psicológicas positivas das dimensões anteriores, em que foram essencialmente realçados os conceitos de Experiência, Sabedoria e de Conhecimento.

De acordo com Fonseca (2004) esta é a fase da vida do indivíduo em que a sabedoria equivale ao crescimento da “perícia” e da “dedução”, e citando Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) refere-se ainda a um estudo em que um largo número de pessoas demonstravam durante a sua velhice competências típicas de sabedoria. Segundo os autores apenas numa velhice muito avançada os

mecanismos relacionados com a resolução de tarefas baseadas na sabedoria apresentam um declínio sensível, sobretudo na presença de perdas ao nível da integridade biológica. Desta forma, verificamos que as respostas dos enfermeiros se encontram nesta linha de pensamento em que os aspectos de experiência, sabedoria e conhecimento foram bastante valorizados.

Com uma Unidade de Registo obtivemos nesta subcategoria diversas palavras sendo estas: Esperança, Paciente, Aprendizagem, Delicadeza e Felicidade. Estas dão-nos também uma visão bastante positiva do idoso, em todo o seu potencial de características psicológicas.

Na subcategoria Idoso (perspectiva psicológica) Negativa obtivemos como respostas dos enfermeiros inquiridos, as palavras: Carente (3 Unidades de Registo), Resistente à Mudança (2 Unidades de Registo) e ainda Teimoso, Rabugice, Depressão, Transformação Psíquica, Labilidade e Sensível (com 1 Unidade de Registo, cada).

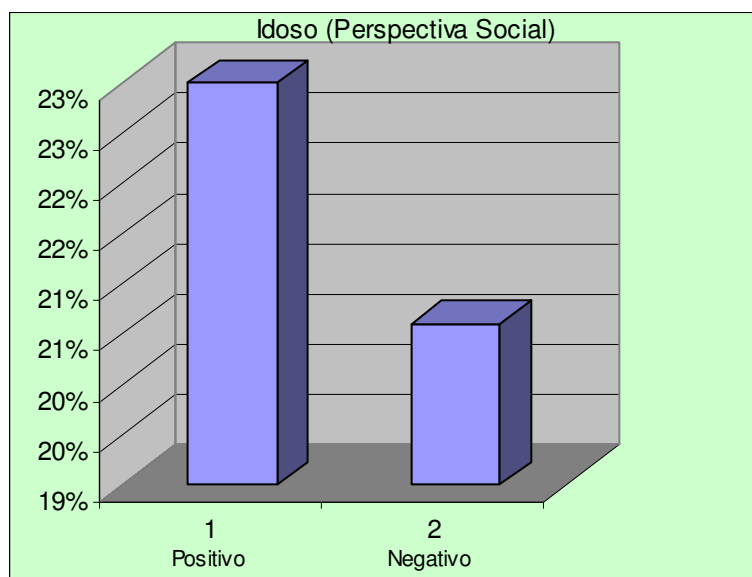
De acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995, 67) baseando-se em Ebersole (1985) refere que um dos mitos mais frequentes face aos idosos consiste em pensar que estes mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, que são conservadores e incapazes de mudar. Citando que *“é na verdade que as pessoas são mais estáveis quando envelhecem, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as pessoas mais novas”*.

4.1.4.3 – Idoso (perspectiva social)

Na categoria Idoso (perspectiva Social) obtivemos 43,6% das respostas dentro da dimensão Idoso, com 55 Unidades de Registo em duas subcategorias: Positivo (23%) com 29 Unidades de Registo, e Negativo (20,6%) com 26 Unidades de Registo.

O que nos leva a concluir que houve um equilíbrio no número de palavras do nosso teste entre vertente positiva e a vertente negativa da referência à palavra Idoso na sua perspectiva social.

**Gráfico XVIII – Idoso (perspectiva social)
(Percentagens por subcategorias)**



Na subcategoria Idoso (perspectiva social) Positiva obtivemos como respostas dos enfermeiros inquiridos, as seguintes palavras: Convívio (4 Unidades de Registo), Terceira Idade (3 Unidades de Registo), Ansião, Companheiro, Vivido e Respeito (2 Unidades de Registo, cada).

Como refere Hortelão (2002,57) *“O homem é também um ser social, desta forma, o seu meio ambiente é o cenário que resulta das actividades humanas colectivas que condiciona as actividades individuais, fruto das influências culturais e sociais sobre o comportamento dos indivíduos”*. O idoso como ser social encontra assim, encontra nesta fase da vida muitas vezes um tempo para o convívio e para se poder dedicar a fazer o que mais gosta, em termos de actividades individuais e sociais, e que não teve hipótese de satisfazer esta necessidade enquanto trabalhava.

Obtivemos ainda um vasto leque de respostas nesta subcategoria com 1 Unidade de Registo, sendo as palavras referidas: Filósofo, Educador, Veterano, Contador de Histórias, Conselheiro, Amigo, Palavra Bonita, Vida, Café, Avô, Disponível, Patriarca, Partilha de Amor e Anos.

Desde que nascemos que estabelecemos relações sociais, que vamos desenvolvendo ao longo da nossa existência, na velhice adquirem-se capacidades através da maturidade, da experiência e da sabedoria que a pessoa foi adquirindo durante o seu percurso de vida, possibilitando desenvolver algumas das capacidades aqui referidas pelos enfermeiros, com a de ser educador, conselheiro, filósofo, amigo e até contador de histórias. Estas respostas dos enfermeiros mostram a sua visão positiva da vertente social do indivíduo idoso, o que nos dá de alguma forma a visão de que a velhice passou também a ser percebida com um novo olhar, em que aparece como uma etapa privilegiada da vida voltada para a satisfação pessoal e do lazer.

Na subcategoria Idoso (perspectiva social) Negativa, e indo de encontro a palavras já encontradas noutras subcategorias negativas do nosso estudo, obtivemos como respostas dos enfermeiros inquiridos, as seguintes palavras: Velho (10 Unidades de Registo), Reformado (4 Unidades de Registo), Solidão (4 Unidades de Registo) e marginalizado (2 Unidades de Registo).

Constatamos a associação da palavra “Idoso” à palavra “Velho” com 10 unidades de registo, o que de alguma forma nos mostra o carácter depreciativo da palavra, associando-a mais uma vez ao conceito de objecto. O conceito de “Reformado” aparece mais uma vez como uma referência na vertente social do indivíduo. De acordo com Sousa et al (2004,31) *“A reforma marca a desocupação de papéis sociais activos e apresenta-se como a abertura da porta de acesso à velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder”*.

4.2 - ANÁLISE DOS FACTORES

Dada a natureza e o número de variáveis implicadas no nosso estudo e a sua relativa complexidade tal como já foi atrás referido, foram efectuados agrupamentos de dados em tabelas, tendo sido realizada intuitivamente uma divisão das afirmações por quatro factores. Assim, a análise e a discussão dos dados obtidos, foi elaborada de acordo com os factores encontrados na análise factorial, como se segue.

As representações desenvolvem-se desde muito cedo na vida dos indivíduos, podendo influenciar e ser influenciadas por um vasto leque de factores. Assim, as representações face ao envelhecimento e aos idosos poderão de alguma forma ter efeitos benéficos sobre este grupo social, melhorando a sua auto imagem e permitindo-lhes uma visão mais positiva desta fase da vida, realçando as capacidades que foram adquirindo ao longo da sua existência, tal como a sabedoria, a experiência, a sensatez e o conhecimento.

Esta visão encontra-se de acordo com as respostas dadas pelos enfermeiros, encontradas no nosso estudo. Em que os valores encontrados neste factor apontaram para uma maior concordância com as afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso.

Os indivíduos que consideram a velhice como um fenómeno natural, dão mais sentido à sua vida, são habitualmente mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si aspectos positivos (sistema de valores estável, sensatez, juízo crítico, ...) e encontram no envelhecimento certas vantagens (diminuição das responsabilidades do trabalho, abertura de espírito, ...). Tendem a complicar menos a vida, tal como estas se apresenta, apreciando-a e temendo menos o seu terminus. Conseguem utilizar os seus conhecimentos e as suas experiências passadas, tirando partido positivo e possibilitando a partilha com os outros, e recorrendo a elas quando necessário. (Berger e Mailloux- Poirier, 1995)

Desta forma, os idosos podem utilizar os seus conhecimentos, a sua sabedoria, a sua sensatez e as suas experiências, para partilhar com os outros esta sua fase da vida ou para simplesmente recorrer a estas capacidades sempre que necessário, influenciando positivamente a atitude que os outros possam ter a seu respeito.

Os enfermeiros do serviço de urgência denotam conhecimento acerca destas capacidades adquiridas pelos idosos, dado que as suas respostas contemplavam os aspectos atrás descritos, sendo que também consideram que é favorável às gerações mais novas conviverem com os idosos, dado os valores que possam ser transmitidos.

O mundo social e humano muito dificilmente se nos apresenta com a sua realidade objectiva, sem possuir ideias estereotipadas ou adjectivações acerca dos idosos. A valorização dos preconceitos e dos estereótipos projectam uma representação social muitas vezes negativa deste grupo social.

Socialmente, em relação aos idosos, a valorização de ideias preconcebidas e de estereótipos projectam sobre a velhice uma representação social gerontofóbica, que contribui para a imagem que os outros têm e que estes têm de si próprios, tal como acerca das condições e das circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento. (Martins, 2004). Surge desta forma, o “Ansianismo” como conceito gerontológico que se define como um processo de estereotipia e de discriminação contra as pessoas idosas (Staab e Hogdes, 1998). Surgem comportamentos de rejeição e de rotulagem dos idosos e do envelhecimento, desenvolvendo-se traços negativos que são atribuídos a todos os indivíduos deste grupo.

Na sociedade “civilizada” dos nossos dias, a velhice é vista frequentemente como uma doença incurável, como um declínio inevitável, de perdas de capacidades e faculdades, de noções de dependência essencialmente física e social, de degeneração e de inactividade.

Assim, estes estereótipos e preconceitos envolvem habitualmente crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis. (Nogueira, 1996). Esta postura social acentua-se cada vez mais e com mais ênfase, atingindo tal dimensão que, Berger e Mailloux- Poirier (1995,63) chega mesmo a afirmar que *“abundam hoje ideias feitas e preconceitos relativamente à velhice. Os “velhos” de hoje, os “gastos”, os “enrugados” cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que deifica a juventude”*.

De facto, constatamos que as representações negativas face aos idosos existem em todos os níveis sociais. Também ao nível da enfermagem enquanto profissão, e inserida numa sociedade e no contexto social actual, sofre influências podendo determinar algumas atitudes negativas, sendo estas de acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995), o auto morfismo social (o não reconhecimento da unicidade do idoso), a gerontofobia (medo irracional de tudo o que se relaciona com o idoso e com o envelhecimento), o “âgeisme” (todas as formas de discriminação relacionadas com o envelhecimento e a velhice), e a infantilização ou “bebeísmo” (atitude que se manifesta pelo tratamento por tu, pela simplificação demasiada das actividades sociais e pela organização de programas que não correspondem às necessidades dos indivíduos).

Esta visão global e generalizada pode conduzir a atitudes negativas face aos idosos e a todo o processo de envelhecimento, caracterizadas por diversos estereótipos e ideias preconcebidas, distorcendo a verdadeira realidade, e sendo impeditivos de uma procura verdadeira de soluções e medidas adequadas no combate a estas representações sociais, o que deve constituir um ponto de alerta e de reflexão para os enfermeiros.

No nosso estudo, e sendo este um factor que tem subjacente o atrás referido acerca de uma representação negativa do idoso, verificámos que os valores apontaram para uma maior discordância dos sujeitos da amostra relativamente às afirmações que reenviavam para uma representação mais negativa do idoso. O que também de encontro aos resultados do nosso teste de associação livre de palavras, em que as representações positivas foram em termos percentuais ligeiramente mais elevadas que as negativas face ao idoso.

Face à problemática do envelhecimento que se nos coloca há que adquirir conhecimentos e atitudes de mudança que devem começar no interior de nós próprios. O envelhecimento é, como sabemos, um processo que se inicia desde o início da vida. A hospitalização representa particularmente para a pessoa idosa uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de acordo com uma variedade de factores inerentes à própria pessoa, como sendo a capacidade de adaptação, os valores, as experiências anteriores, as representações que a pessoa tem de saúde e de doença, entre outros. De acordo com Watson (1985) os ambientes hospitalares são ambientes desconhecidos, despersonalizados e, como tal, percebidos muitas vezes como ameaçadores.

Assim, cuidar do idoso pode operacionalizar-se de diferentes formas, dado que cada indivíduo é único e indivisível, e deve ser encarado como tal. Costa (2002,27) refere que *“Os idosos são um grupo socialmente vulnerável e grande consumidor de cuidados de saúde (...) para além das polipatologias quase sempre presentes, os riscos de perda de autonomia são maiores do que noutras faixas etárias”*. A velhice, como sabemos, ocorre como um fenómeno normal conduzindo no entanto a um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade. A pessoa que presta cuidados de enfermagem ao utente idoso deve estar atenta para avaliar convenientemente o equilíbrio bio-psico-social do idoso, pois todas as dimensões do ser estão afectadas. (Berger e Mailloux- Poirier, 1995)

Desta forma, cuidar do idoso deve ter como finalidade ajudá-lo a aproveitar o máximo das suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado e a sua idade, o que por vezes não se torna uma tarefa fácil pelos inúmeros factores com que os enfermeiros se deparam destacando-se as representações de enfermagem, os valores sociais dos enfermeiros e do idoso, e o próprio sistema de saúde, entre outros. Os idosos como utilizadores de cuidados de saúde devem ser o alvo concreto dos enfermeiros no serviço de urgência, com os quais devem estabelecer uma relação que deve apresentar-se desprovida de ideias preconcebidas e de representações negativas, a fim de se conseguir estabelecer um padrão de elevada qualidade de cuidados. Tornando-se desta forma, os enfermeiros, capazes de responder eficazmente aos contínuos apelos de mudança nesta área.

No nosso estudo os sujeitos da nossa amostra estão maioritariamente de acordo com as afirmações relativas ao cuidar do idoso.

Por tudo isto que acabámos de referir, será que a forma como encaramos as pessoas idosas influencia a qualidade de vida destas?

A sociedade é constituída por um vasto leque de indivíduos de todas as idades, jovens e menos e menos jovens, que á sua maneira todos dão um contributo para o seu crescimento. Ao fazermos parte dessa sociedade mantemos face a esta relações bem como face às pessoas que a constituem, consciente ou inconscientemente, exercemos muitas vezes comportamentos preconceituosos e estereotipados face aos seus grupos sociais, sendo que os idosos não escapam a este facto.

A imagem que a sociedade tem do idoso é predominantemente negativa e à força de ser transmitida de geração em geração, influencia a percepção que as pessoas idosas têm delas próprias, assim como condiciona em parte as condições e as circunstancias em que ocorre o processo de envelhecimento. Na opinião de Nelson (2002), a forma como encaramos e nos comportamos perante os idosos pode levá-los a adoptarem uma atitude menos activa quer física quer mentalmente assumindo um papel concordante com a perspectiva social.

As atitudes em relação aos idosos, são reflexo de alguns aspectos inerentes à velhice, tais como a alteração da aparência física, o aumento da dependência, a proximidade da morte e as imagens que passam na comunicação social, mas também, de aspectos relacionados com a educação e com o papel que o idoso desempenha na dinâmica familiar, em particular em relação aos mais jovens. Segundo Cavanaugh (1997), revestem-se de grande importância os comportamentos e atitudes dos mais novos em relação às pessoas idosas, nomeadamente quando expressam sentimentos de exclusão, como: *“isto já não é para a tua idade”* ou *“se fosses mais novo podias...”*, o que pode também contribuir para uma auto-imagem redutora do próprio idoso.

Na perspectiva de Berger e Mailloux- Poirier (1995), muitas das ideias preconcebidas sobre a velhice partem dos próprios idosos, o que significa que a

imagem que transmitem aos mais novos, será tanto melhor quanto melhor for a sua concepção do envelhecimento e da sua forma de estar na vida. Os mais vulneráveis e que não encaram a velhice de forma natural, não procedendo às adaptações necessárias a uma vida com qualidade, sentem-se mais infelizes e menos envolvidos no seu meio e na sociedade, logo contribuem para dar continuidade à imagem do idoso como *problema social*.

As ideias preconcebidas face aos idosos de acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995) são duradouras, muito principalmente aquelas que nos levam a categorizar os idosos, apoiando-se em generalizações discriminatórias. Assim, a forma de encarar a velhice e os idosos depende em muito de cada indivíduo, e da cultura social onde o idoso se encontra inserido. A velhice torna-se uma etapa importante da vida das pessoas, e como tal, tanto pode ser valorizada socialmente, como também pode ser menosprezada. Desta forma, o modo de encarar as pessoas idosas depende em muito do sistema cultural em que o indivíduo vive, fazendo com que a velhice possa ser encarada como uma etapa importante da vida, condicionando positivamente o idoso, bem como pode ser olhada com “desdém” e colocá-lo numa situação de marginalização, influenciando a sua forma de estar na vida em sociedade.

Berger e Mailloux- Poirier (1995,65) referem-nos que “*Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos*”. Assim, as atitudes positivas ou negativas face a estes revelam-se de grande importância, pois é, no contexto social de cada pessoa que emergem alterações sociais que podem afectar em maior ou menor grau os indivíduos idosos, nesse mesmo contexto.

A forma como “olhamos” ou “não olhamos” e representamos a pessoa idosa, não é mais do que uma consequência do modo como nos inserimos na sociedade, do modo como orientamos as nossas visões e os nossos valores, das exigências da sociedade, das normas e das regras pelas quais nos regemos.

Assim, obtivemos como resultados do nosso estudo à questão se “*A forma como encaramos as pessoas idosas influência a qualidade de vida destas*”: 20

enfermeiros que concordam bastante com a afirmação (52,6%), 16 enfermeiros que concordam (42,1%), 2 enfermeiros que discordam (5,26%) e não se verificaram enfermeiros a referir a resposta discordo bastante (0%).

Desta forma, concluímos que a grande maioria dos enfermeiros do nosso estudo concordam que, o modo como encaramos as pessoas idosas influencia a qualidade de vida destas.

Vão no mesmo sentido os resultados obtidos através do teste de associação livre de palavras. Assim, os estereótipos são produto dos grupos de pertinência, entre os quais se incluem os grupos etários (Simões, 1985), em que os idosos não escapam a este tipo de representações.

No nosso estudo com a palavra estímulo Idoso obtivemos como resultados que: os enfermeiros do serviço de urgência valorizaram em termos percentuais maioritariamente a vertente social, relativamente á vertente psicológica e física, denotando-se um equilíbrio entre as características sociais positivas (23%) e as características sociais negativas (20,6%) nas respostas dadas.

Foram abordadas palavras positivas que nos dão conta da ideia que os enfermeiros têm da disponibilidade que esta fase da vida permite, com sendo o convívio, o lazer, e as actividades. Obtivemos uma panóplia de outras respostas de carácter positivo que nos dão conta da importância do papel social que o indivíduo idoso pode ter na sociedade como sendo: educador, filósofo, companheiro, conselheiro, amigo, entre outras. Podemos ainda referir que 52,6% dos enfermeiros concordaram bastante que os idosos têm um papel social importante na nossa sociedade, 39,4% dos enfermeiros concordaram e apenas 7,8% não concordaram, o que nos mostra que em termos sociais, os enfermeiros de uma forma geral valorizam o papel social do indivíduo idoso na nossa sociedade.

Na vertente social negativa, obtivemos diversas palavras no nosso estudo, como: velho, reformado, solidão, marginalizado, desocupado, peso familiar, entre outras. Estas vão de alguma forma de encontro às respostas dadas pelos enfermeiros no nosso questionário, em que consideraram de uma forma geral que o idoso se

pode tornar de alguma forma um “peso” familiar e um indivíduo frequentemente vítima de marginalização, sendo que no nosso questionário 68,4% dos enfermeiros concordaram que os idosos são frequentemente marginalizados e 18,4% concordaram bastante, apenas 13,1% não concordaram. Apenas 26,3% dos enfermeiros concordaram que o idoso pode ser um peso familiar. As respostas encontradas vão também de encontro a alguma da bibliografia consultada e referida ao longo do estudo.

Relativamente à dimensão Idoso na sua perspectiva Psicológica, obtivemos em termos percentuais mais elevados a referência às características positivas, com 27,7% das respostas dos enfermeiros. O que nos leva a concluir que, após analisar os dados obtidos, os enfermeiros inquiridos valorizam maioritariamente as características psicológicas do indivíduo idoso, onde obtivemos palavras como: experiência, sabedoria e conhecimento, entre outras de carácter positivo. Em concordância observámos também que, no nosso questionário, relativamente à afirmação “os idosos transmitem experiência”, que 65,7% dos enfermeiros reponderam que concordam bastante, 32,4% responderam que concordam, não se verificaram respostas de discordância nesta questão, o que vai em muito de encontro aos resultados obtidos, atrás referidos através do teste de associação livre de palavras.

Relativamente à dimensão Idoso na sua perspectiva psicológica negativa, obtivemos um menor número de respostas dos enfermeiros inquiridos no nosso teste de palavras (8,7%), comparativamente com a perspectiva positiva. Sendo que apenas obtivemos como palavras: depressão, tristeza, demência, desinteresse e preocupação. Estes aspectos vão também de acordo com a bibliografia consultada em que aspectos como a depressão têm sido alvo de estudo nesta etapa da vida.

No nosso estudo na dimensão Idoso, relativamente à vertente física, constatámos como resultados que, os enfermeiros do serviço de urgência valorizaram em termos percentuais maioritariamente as características negativas (19%) em detrimento das positivas (apenas 0,8%). Em concordância na afirmação do nosso questionário em que se referia que “o envelhecimento significa a perda de

capacidades e de capacidades”, obtivemos a resposta concordo em 55,2% dos enfermeiros, e a resposta concordo bastante em 10,5% dos enfermeiros. Desta forma os enfermeiros do nosso estudo foram de encontro a um dos mais enraizados estereótipos sobre idosos, em que estes são pessoas doentes e frágeis, e que o envelhecimento traduz uma perda de capacidades e de faculdades físicas.

Desta forma, de acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, podemos referir que os enfermeiros inquiridos se referem a representações positivas e a representações negativas face ao idoso, de uma forma equilibrada entre ambas. Pois obtivemos assim na totalidade do nosso teste de associação livre de palavras, 51,5 % de respostas de carácter positivo e 48,4% de respostas de carácter negativo.

Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos na análise dos factores, uma vez que obtivemos para o Factor 1: Representações positivas face ao idoso, uma maior concordância com as afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso. Para o Factor 2: Representações negativas face ao idoso, uma maior discordância dos enfermeiros da nossa amostra, para as afirmações que reenviam para uma representação mais negativa do idoso.

5 – CONCLUSÃO

Um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais de saúde é a transformação rápida por que passa o nosso mundo e a nossa sociedade. Problemas e mudanças de ordem social, económica e política fazem do homem actual um ser diferenciado. Essa realidade exige dos profissionais de saúde uma busca constante de eficiência por novas formas de prestar, promover e favorecer os cuidados aos idosos.

O conceito de envelhecimento hoje em dia interage com o conceito de desenvolvimento como um balanço constante entre “ganhos” e “perdas”. De acordo com Fonseca (2004,63) citando Baltes (1987) *“Em todos os momentos do curso da vida humana, o desenvolvimento é uma expressão conjunta de aspectos de crescimento (ganhos) e de declínio (perdas)”*, referindo ainda que *“Qualquer progressão desenvolvimental mostra ao mesmo tempo o aparecimento de novas capacidades previamente existentes”*.

Esta concepção vai de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, em que os enfermeiros inquiridos, de uma forma geral, citam aspectos positivos e negativos acerca do Idoso e do Envelhecimento Físico, Psicológico e Social. Estamos assim perante uma visão conjunta de “ganhos” e “perdas” ao longo da vida, que corresponde ao que Birren e Schroots, citados por Fonseca (2004,64, entre outros autores, têm vindo a dar ênfase e a defender acerca do desenvolvimento e do envelhecimento, como sendo dois processos de mudança que funcionam em paralelo, mas com forte relacionamento entre si.

O envelhecimento é, assim, um processo complexo, que de acordo com Berger e Mailloux- Poirier (1995,190) *“Não é consequência apenas da degenerescência biológica, mas resulta em parte de condições políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade”*. De acordo com os autores, os idosos mostram-se como um grupo, por veze, agente de mudança, mas também com frequência vítimas de todas as mudanças sociais. O indivíduo idoso tem um papel importante como membro da sociedade, mas factores como o isolamento, a miséria, a solidão, a

inactividade, a dependência e a desvalorização tornam-se geradores de stress, que afectam o equilíbrio físico, psíquico e social dos indivíduos idosos.

Desta forma, e cientes da realidade, os enfermeiros do nosso estudo focam aspectos positivos e negativos, que caracterizam e afectam todo este processo normal, que faz parte da vida.

Constatámos assim, que de uma forma geral face à *vertente física* do “envelhecimento/velhice” e do “idoso/velho”, em termos globais as respostas dos enfermeiros se mostraram relativamente aos valores percentuais essencialmente negativas. O que vai de encontro a um dos mais enraizados estereótipos sobre idosos, citados por diversos autores, de que “os idosos são pessoas doentes, senis, debilitadas e frágeis”.

Constatámos também que, de uma forma geral, como um dado importante do nosso estudo, face à *vertente psicológica* do processo de “envelhecimento/velhice” e do indivíduo “idoso/velho”, que obtivemos maioritariamente respostas de carácter positivo. Estas foram, em termos percentuais, mais significativas do que as negativas. O que nos leva a concluir que os enfermeiros valorizam aspectos psicológicos essenciais que se vão adquirindo ao longo dos anos e que se manifestam nesta fase do ciclo vital, como sendo as noções de sabedoria, de experiência e de conhecimento.

Constatámos também que, relativamente à *vertente social* do “envelhecimento/velhice” e do indivíduo “idoso/velho”, em termos gerais, as respostas obtidas apontaram num certo equilíbrio entre a vertente positiva e a vertente negativa, havendo uma diferença em termos percentuais um pouco mais elevada para as respostas de carácter negativo.

Concluimos que através dos resultados obtidos nas respostas dos enfermeiros inquiridos, na análise dos factores, obtivemos uma maior concordância com as afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso, e uma maior discordância dos enfermeiros da nossa amostra, para as afirmações que reenviam para uma representação mais negativa do idoso.

Ficámos com a noção de que inúmeras vezes as representações negativas estão também ligadas ao desconhecimento relativamente ao idoso e ao processo de envelhecimento, e por se desconhecer todo este processo, criam-se falsas percepções, que acabam por contribuir para o isolamento deste grupo social, os idosos, e de alguma forma ajudar para acelerar todo o seu processo de envelhecimento

Percepcionámos assim, no nosso estudo, uma ambivalência nas respostas obtidas. Por um lado, com associação do envelhecimento e dos idosos a noções de carácter negativo. Por outro lado, a associação simultânea a noções de carácter positivo.

Concluímos que obtivemos na globalidade do estudo, com uma pequena diferença, uma maior percentagem de respostas positivas (51,5%) do que de respostas negativas (48,4%), acerca das quatro dimensões consideradas. O que nos leva também a considerar que dada a natureza das funções profissionais do enfermeiro no serviço de urgência, e o seu contacto próximo com a vertente negativa e positiva do envelhecimento e do doente idoso, o contacto constante com problemas de ordem física, com a doença, com inúmeros problemas de ordem social, mas o contacto também com toda a experiência de vida, com a sabedoria e conhecimento, com a disponibilidade e serenidade, e o respeito que os idosos conseguem transmitir, poderão ser de alguma forma justificativos deste facto.

Queremos também salientar que os enfermeiros como grupo social, de acordo com Viegas (2006,48) baseado em Roy (1996) "*Assimilam crenças, conceitos e mitos sobre o envelhecimento e o idoso e, em consequência, adquirem estereótipos sociais que influenciam as suas práticas de enfermagem para com os idosos*", referindo ainda que de acordo com Payne et al (2000) "*criam-se nos idosos um sentimento de inferioridade que além de desmoralizante pode criar dependência*". Desta forma, torna-se de grande importância, a forma como os enfermeiros vêem o envelhecimento e os idosos, pois os estereótipos positivos ou negativos influenciam a relação a estabelecer com este grupo social podendo pôr em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente idoso, no desempenho da sua actividade profissional.

Neste contexto, e em conclusão do nosso estudo consideramos que os enfermeiros inquiridos apresentam uma visão bipolar do envelhecimento e do idoso, valorizando mais os aspectos positivos. Mas onde também o idadismo, e os preconceitos relacionados com a idade coexistem com uma visão positiva do envelhecimento e do idoso, assente em conceitos que caracterizam de alguma forma um envelhecimento bem sucedido. Esta visão permite-nos constatar a heterogeneidade dos idosos, com todas as características que lhes são inerentes e tentar contrariar uma visão estereotipada que tende a perceber todos os idosos da mesma maneira.

Torna-se então necessário que os enfermeiros reavaliem o conjunto das suas atitudes e dos seus comportamentos bem como a rectidão dos seus conhecimentos e das suas crenças sobre os idosos e sobre a velhice. Fazendo isso, poderão prestar cuidados de melhor qualidade e de responder verdadeiramente às necessidades dos idosos, contribuindo assim para eliminar preconceitos, estereótipos e representações negativas duradouras e nocivas para os idosos. (Berger e Mailloux- Poirier, 1995)

Não queremos deixar de concluir o estudo, sem antes expressar as nossas perspectivas futuras, bem como a importância destas ao nível dos cuidados de enfermagem prestados aos idosos. Cientes da implicação que estes resultados e as questões deles suscitadas, terão ao nível da prática dos enfermeiros, da formação, da gestão e da investigação em enfermagem, queremos referir que:

Aspiramos que este seja considerado como um contributo para a reflexão dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem que prestam diariamente aos doentes idosos, bem como sobre as suas representações face aos idosos, e de como estas podem influenciar as suas práticas diárias.

Dado o estudo das representações sociais, não ser uma temática muito explorada ao nível da Enfermagem, fica a aspiração futura de aplicar o estudo a outros serviços de urgência de outras unidades hospitalares, e de outras regiões do país, a fim de fazer a comparação dos resultados obtidos.

Que sejam efectuados estudos focalizados nos aspectos relacionados com as representações sobre o envelhecimento e sobre os idosos, dado que o envelhecimento da população é uma realidade, bem como o número crescente de idosos nos serviços de urgência, no sentido de serem identificadas necessidades e de se aplicarem medidas de suporte, medidas correctivas e de se determinar as possíveis áreas em que é possível intervir.

“Envelhecer representa viver mais tempo e este acréscimo de anos a viver ocasiona transformações que afectam toda a trajectória de vida. É preciso pensar nos problemas de uma nova forma. (...) As representações sociais precisam de tempo para se adequarem às transformações que vão ocorrendo nas sociedades, algumas delas profundas e imperceptíveis”.

Fernandes (1997)

BIBLIOGRAFIA

ABDELMALEK, A.A.; GERARD J. L. (1995) – **Ciências Humanas e Cuidados de Saúde**. Manual para profissionais de saúde. Instituto Piaget. Lisboa.

ARANTES, Paula (2003) – Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária. **Sinais Vitais**. Coimbra: N°48 Maio. pp 62-66.

AMADO, J. S. (1998) – **Análise de Conteúdo**. Textos de Apoio da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. pp 32-50

AMADO, J. S. (2000) – A Técnica de Análise de Conteúdo. **Referência**. N°5. Novembro. pp 53-63

BARDIN, L. (1977) – **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70.

BARRETO, J. (1988) – Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. **Psicologia**. VI. 2: pp 159-170

BERGER, L. ; POIRIER, D. (1995) – **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global**. Lisboa. Lusodidacta.

BIZE, P. R. ; VALLIER, C. (1985) – **Uma Vida Nova: a terceira idade**. Lisboa. Verbo

BOTELHO, M. A. S. (1999) – **Autonomia Funcional em Idosos – Caracterização Multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de Saúde Urbano**. Tese de Doutoramento, Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

BOTEQUILHA, H.(2005) – Amanhã, muitos velhos. **Visão**. Lisboa. N°623. pp 12-13

CABETE, D. G (1999) – Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados in Costa, Maria Arminda Mendes e Outros – **O idoso Problemas e Realidades**. Coimbra. Formação. pp 94-113

CARMO; H., FERREIRA; M. (1998). **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta

CAVNAUGH, J. (1997) – **Adult Development and Aging**. Pacific Grove. Books/ Cole

COLLIÉRE, M. F. (1989) – **Promover a Vida**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COSTA, J. A. ; MELO, A.S. (1988) – **Dicionário de Língua Portuguesa**. 8ª Edição. Porto. Porto Editora

- COSTA, M (2002). – **Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros.** Coimbra. Editora Formasau.2002
- COUTINHO M. P. L. ; SALDANHA A.A.W.(2005) – **Representação Social e Práticas de Pesquisa.** Paraíba. UFPB/Editora Universitária
- DEBERT, G. (1999). - **A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Envelhecimento.** São Paulo: Ed. USP, Fapesp, 1999.
- DOMINGUES, B. F. (1998) – O Fenómeno Psicossocial do Envelhecimento Humano. **Servir.** Lisboa. Vol. 46. Março/Abril. pp 64-73
- DUVEEN, J. (2005) – In: **Representações Sociais, Investigação em Psicologia.** Petrópolis. Editora Vozes
- ELHART et al (1983) – **Princípios Científicos de Enfermagem.** Lisboa. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda
- FERNANDES, A. F. (1997) – **Velhice e Sociedade.** Lisboa. Celta Editores
- FERNANDES, P. (2000) – **A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão.** Coimbra: Quarteto
- FERREIRA, M.P.M.R. (2002) – **O Utente Idoso. Conhecer para Melhor Comunicar e Intervir.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta
- FISKE, J. (2005) – **Introdução ao Estudo da Comunicação.** 9ªEd. Porto. ASA Editores
- FONSECA. A. M. (2004) – **O Envelhecimento. Uma Abordagem Psicológica.** Lisboa. Edições Universidade Católica Portuguesa
- FONTAINE, R. (2000) – **Psicologia do envelhecimento.** Lisboa. Climepsi
- FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência
- FORTIN, Marie Fabienne (2003) – **O processo de investigação: da concepção à realização.** 3ª ed. Loures: Lusociência
- FORTIN, Marie–Fabienne; GRENIER, Raymond; NADEAU, Marcel (1999) – Métodos de colheita de dados. In FORTIN, Marie–Fabienne – **O processo de investigação : da concepção à realização.** Loures: Lusociência
- FREITAS, Elisabete Viana de [et al.] (2002) – **Tratados de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro : Guanabara koogan

- GARCIA, L. M. (1994) – Dependência em Idosos. **Nursing**. Julho/ Agosto.78/79. Ano 7
- GAUDETTE, M. (1992) – Vieillir à son image. **Le Journal des Psychologues**. 11 (102), pp 34-38
- GIL, A.C. (1995) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed. São Paulo. Atlas
- GONÇALVES, C. (2002) – O Envelhecimento da População em Portugal. **Montepio Geral**. Lisboa. Nº38. Dezembro. pp 3-4
- GONÇALVES FERREIRA, F.A (1990). – **História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal**, Vol.1. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian
- HONORÉ, B. (1984) – **Former à L'Hôpital**. Toulouse: Scienses de L'home. Privat.
- HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO – E.P.E. (2006) – **Guia de Integração de Enfermeiros**. Direcção dos Serviços de Enfermagem. Barreiro
- GUIMARÃES, P. (1999) – Idosos Sem Poder? A urgência de uma mudança de atitudes. **Servir**. Vol.47. Março/Abril. pp67-70
- HOFFMAN, L. ;et al (1999) – **Developmental Psychology Today**. 6ª Edição. New York. Mc Graw – Hill
- HORTELÃO, A. P. S. (2002) – **Envelhecimento e Qualidade de Vida**. Estudo Comparativo de Idosos Residentes na Comunidade e Institucionalizados na Região de Lisboa. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta
- ILHÉU, José Ramalho (1993) – Estratégias de participação social na população idosa no Alentejo. **Economia e Sociologia**. Lisboa. Fevereiro. pp 15-18
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) – **As Gerações Mais Idosas**. Lisboa. Série de estudos; nº83
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002) – **O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas**. Consultado em Fevereiro de 2006. Disponível em URL <http://www.ine.pt/prodserv/estudos/pdf/envelhecimento.pdf> Microsoft Internet Explorer
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002) – **Censos 2001: Resultados provisórios: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da Habitação**. Portugal. Lisboa
- JESUÍNO J.C.; MOREIRA A.(Organizadores), et al. (2003) – **Representações Sociais**. Teoria e prática. Editora Universitária João Pessoa. 2ª Ed. Paraíba

JOHNSON, Brenda (2002) – Definições breves. **Montepio Geral**. Lisboa: Nº38 Dezembro, p.7

LAZURE, H. (1994) – **Viver a relação de ajuda**. Lisboa. Lusodidacta

LIMA, A.P.; VIEGAS, S. M. (1998) – A Diversidade Cultural do Envelhecimento: a construção social da categoria velhice. **Psicologia**. Lisboa.

LOPES, J.S. (1980) – A Relação médico – doente. **Psiquiatria clínica**. Lisboa. Supl. (1). pp. 151-155

LOPES, H.J.S. (2002) – **Da Pedagogia dos Valores ao Ensino da Ética e da Comunicação Relacional**. Laboratórios Glaxo/Smith/Kline

MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) – As Teorias do Envelhecimento. In. BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. - **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global**. Lisboa. Lusodidacta. pp 99-105

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2004) – **Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu**. Badajoz. Tese de Doutoramento apresentada ao Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação da Universidade da Estremadura.

MATOS, M. ; AVELAR, T. (2000) – A Explicação Evolutiva do Envelhecimento. **Geriatrics**. Lisboa. (126) Junho. pp 5-10

MELO, A.R. (1998) – A competência do enfermeiro no cuidar do idoso: opinião dos idosos e dos enfermeiros. **Servir**. Lisboa. Vol.46. nº5. Setembro/Outubro. pp 242-247

MOI, R. C. (2004) – **Envelhecimento do sistema tegumentar: revisão sistemática da literatura**. Brasil

MONTEIRO, M.; SANTOS, M. R.(1999) – **Psicologia**. Porto Editora.

MOSCOVICI, S. (2005) – **Representações Sociais: Investigação em Psicologia**. Petrópolis. Editora Vozes

NAZARETH, M. (1994) – O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos 90. In: **Geriatrics**. (7) (64). pp 5-17

NELSON, T. (2002) - **Ageism, stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge. MIT Press.

NETO, F. (1998) – **Psicologia Social**. Volume I. Universidade Aberta

NEVES, I. (2002) – A Protecção Social da Velhice. **Montepio Geral**. Lisboa. Nº 38.p.5

NOBREGA, S. M. (2003) – **Representações Sociais: Teoria e Prática**. In: JESUÍNO, J.C. e MOREIRA, A.S.P. (organizadores). Editora Universitária João Pessoa. /UFPB. Paraíba. Brasil

NOGUEIRA, P. C. A. (1996) – **O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono**. Monografia de fim de curso apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985) – **As metas de Saúde para Todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos**. Lisboa. Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999) – **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.: um manual de classificação de doenças**. Lisboa. Ministério do Emprego e da Segurança Social, Secretariado Nacional de Reabilitação

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) – **Relatório Mundial de Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa. Ministério da Saúde, Direcção geral de Saúde

PEREIRA DE SÁ, C. (1996) – **Núcleo Central das Representações Sociais**. Editora Vozes. Petrópolis.

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1995) – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1998). Direcção Geral de Saúde – **Estudo da Qualidade de vida do idoso**. Aplicação de um instrumento de avaliação: relatório, Lisboa

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1999). Direcção Geral de Saúde – **Conservar-se em forma na idade avançada**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006). Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa

Quadro de Referência da Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. (2000). Lisboa

QUEIROGA, S. (2002) – O Papel da Animação Sócio-cultural na Inserção Social. **Geriatria**. Lisboa: Ano XV. Vol. XV, nº141, Fevereiro. pp. 33-39

QUIVY; R; CAMPENHOUDT, L. (1998). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Edição. Lisboa. Gradiva.

RAMOS, N. (2005) – Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano 39. nº 1. pp195-216

RAMOS, N. (2005) – **Seminário de Saúde, Cultura e Desenvolvimento**. Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta

ROBERT, L.(1995) – **O envelhecimento – Factores e Teorias**. Lisboa. Biblioteca básica de ciências e cultura. Instituto Piaget.

RODRIGUES, Andreia; Margarida COUTINHO; Ana Luís MONTEIRO [et al.] (2002) – Qualidade de vida do idoso: área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. **Sinais Vitais**. Coimbra: Nº43. Julho, pp.47-50.

SIMÕES, A. (1985) – Estereótipos relacionados com os idosos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano XIX. Coimbra.

SIMÕES, A. (1990) – Alguns Mitos e Estereótipos Respeitantes ao Idoso. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano XXIV. pp109-121

SIMÕES, C. M. J. (1999) – **Velhice: Realidade Viva ou Imagem Sofrida**. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra.

SIMÕES, M. (1996) – Depressão nas Idades Avançadas: aspectos de diagnóstico, terapêutica e da relação médico – paciente idoso deprimido e seus familiares. **Geriatrics**. Lisboa. Ano IX, Vol.IX, nº86 . Junho. pp 23-34

SMITH, J.; BALTES, P.B. (1997) – **Profiles of Psychological Functioning in the Old and Oldest Old**. *Psychol and Aging*. pp 458-472

SOUSA, L.; et al (2004) – **Os Cuidados Familiares na Velhice**. Porto. Ambar

STAAB, A. S.; HODGES, L. C. (1998) – **Enfermería Gerontológica: Adaptación al proceso de envejecimiento**. México: MacGraw-Hill Interamericana, cop.

VALA, J. (1986) – **A Análise de Conteúdo**. In Silva. A. S., e Pinto, J. M. (coord.) – Metodologia das Ciências Sociais. 8ª Edição. Porto. Ed. Afrontamento

VALA, J. (2000) – **Representações Sociais e Psicologia do Conhecimento do Quotidiano**, in Vala J. e Monteiro, M.B. (coord.). *Psicologia Social*.

VIEGAS, L. (2006) – Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. Um estudo exploratório. **Pensar Enfermagem**. Vol.10. Nº 2. Lisboa. pp 47-57

WAGNER W. (2003) – História, Memória e Senso Comum Representações Sociais e Interdisciplinaridade. In: JESUÍNO J.C.; MOREIRA A.(Organizadores), et al. (2003) – **Representações Sociais**. Teoria e prática. Editora Universitária João Pessoa. 2ª Ed. Paraíba

WATSON, J. (1985) – **Nursing: Human Science and Human Care**. A theory of nursing. New York.

WATZLAWICK, P. et al (1967) – **Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo. Cultrix

ENDERECOS ELECTRÓNICOS

<http://www.hbarreiro.min-saude.pt/Hospital/História> (consultado em Novembro de 2007)

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18052004-103619/publica/Dissertação.pdt>> (consultado em Fevereiro de 2006)

ANEXOS

ANEXO I

Carta de Autorização de Aplicação do Estudo

ANEXO II

Modelo do Inquérito por Questionário

Estimado/a Colega,

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito do VI Mestrado em Comunicação em Saúde. O mesmo incide sobre:

“As Representações Sociais dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Face ao Doente Idoso”.

Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração, respondendo a este questionário. Solicitamos o favor de o preencher, lendo atentamente e respondendo a todas as questões.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para nós, sendo a sua colaboração indispensável para a realização do nosso trabalho.

As respostas são confidenciais e para uso exclusivo desta investigação, pedindo que não assine o questionário.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade em colaborar connosco.

Paula Catita

QUESTIONÁRIO

PARTE I

1 – **Idade:** _____ anos

2 – **Sexo:** M

F

3 – **Habilitações Académicas:**

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em enfermagem

4 – **Tempo de Profissão:** _____ anos

5 – **Tempo de Serviço de Urgência:** _____ anos

6 – **Fora do Serviço de Urgência, contacta com pessoas idosas:**

Sim

Não

6.1– Se respondeu sim à pergunta anterior, responda por favor às seguintes questões:

6.1.1 - **Contacta com pessoas idosas no âmbito:**

Pessoal

Profissional

Ambas

6.1.2 - **Com que frequência contacta com pessoas idosas:**

Âmbito pessoal	Âmbito profissional
Todos os dias <input type="checkbox"/>	Todos os dias <input type="checkbox"/>
Todas as semanas <input type="checkbox"/>	Todas as semanas <input type="checkbox"/>
Mensalmente <input type="checkbox"/>	Mensalmente <input type="checkbox"/>
Nas férias <input type="checkbox"/>	Nas férias <input type="checkbox"/>

--	--

PARTE II

Responda em cinco **palavras** o que significam para si os seguintes conceitos:

ENVELHECIMENTO Significa:

VELHICE Significa:

VELHO é:

IDOSO é:

PARTE III

Considerando quatro graus de opinião:

Discordo Bastante	Discordo	Concordo	Concordo Bastante
DB	D	C	CB

pedimos que responda às questões apresentadas, colocando um **x** no grau de concordância respectivo, de acordo com o que pensa em cada afirmação.

	DB	D	C	CB
1 - Pensar na velhice deprime as pessoas mais novas				
2 – É favorável às gerações mais novas conviverem com os idosos				
3 – O envelhecimento significa a perda de faculdades e de capacidades				
4 – O idoso é uma pessoa frágil e dependente				
5 – O idoso tem um papel social importante na nossa sociedade				
6 – O envelhecimento pode ser visto como um ganho				
7 – Os idosos são, na maioria, um peso para a família				
8 – Os idosos transmitem experiência				
9 – Os idosos são pessoas com ambições de vida				
10 – Comunicar com pessoas idosas é mais difícil do que comunicar com pessoas mais novas				
11 – A forma como encaramos as pessoas idosas influencia a qualidade de vida destes				
12 – Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente				
13 – Os idosos, em geral sofrem de auto-desvalorização				
14 – Os idosos necessitam de mais atenção do que as pessoas de outros grupos etários				
15 – Os idosos gostam de mudanças na sua vida				
16 – Os idosos são frequentemente marginalizados				
17 – O idoso é produto das suas vivências				
18 – A velhice é uma segunda infância				
19 – As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas				
20 – Os idosos já não se interessam pela sexualidade				
21 – Os idosos são pessoas inflexíveis e resistentes à mudança				
22 – Os idosos são pessoas doentes				
23 – Cuidar de idosos é um trabalho muito gratificante				
24 – A forma como os enfermeiros vêem o envelhecimento, influencia a prestação de cuidados ao doente idoso				
25 – Os enfermeiros em geral, demonstram sempre atitude de respeito para com os utentes idosos				
26 – Os enfermeiros em geral, conhecem as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam				

27- Os enfermeiros em geral, respeitam as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam				
28 - Os enfermeiros em geral, demonstram grande capacidade de escuta para com os utentes idosos				
29 – Cuidar de idosos é um trabalho muito desgastante				
30 – Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a preconceitos				
31 – Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do cuidar das pessoas mais novas				
32 – Ser idoso é gratificante				

ANEXO III

TABELA I – Tabelas do Teste de Associação Livre de Palavras

ANEXO IV

Tabelas da Análise dos Factores

Factor 1 - Representações Positivas face ao idoso

	N	Mean	Std. Deviation
Q2 - É favorável às gerações mais novas conviverem com os idosos	38	3,79	,41
Q5 - O idoso tem um papel social importante na nossa sociedade	38	3,37	,67
Q6 - O envelhecimento pode ser visto como um ganho	38	3,08	,67
Q8 - Os idosos transmitem experiência	38	3,63	,49
Q9 - Os idosos são pessoas com ambição na vida	38	2,55	,72
Q15 - Os idosos gostam de mudanças na sua vida	38	1,89	,65
Q17 - O idoso é produto das suas vivências	38	3,21	,53
Q19 - As pessoas mais novas valorizam a realização pessoal das pessoas idosas	38	2,45	,60
Q23 - Cuidar de idosos é um trabalho muito gratificante	38	3,08	,54
Q32 - Ser idoso é gratificante	38	2,68	,87
Valid N (listwise)	38		

Factor 2 - Representações negativas face ao idoso

	N	Mean	Std. Deviat.
Q1r - Pensar na velhice deprime as pessoas mais novas (recodificada)	38	2,45	,72
Q3r - O envelhecimento significa a perda de faculdades e de capacidades (recodificada)	38	2,18	,77
Q4r - O idoso é uma pessoa frágil e dependente (recodificada)	38	2,71	,57
Q7r - Os idosos são, na maioria, um peso para a família (recodificada)	38	2,79	,74
Q10r - Comunicar com pessoas idosas é mais difícil do que comunicar com pessoas mais novas (recodificada)	38	3,00	,77
Q12r - Os idosos têm uma ligação mais forte com o passado do que com o presente (recodificada)	38	1,97	,79
Q13r - Os idosos, em geral sofrem de auto-desvalorização (recodificada)	38	2,18	,51
Q16r - Os idosos são frequentemente marginalizados (recodificada)	38	1,97	,54
Q18r - A velhice é uma segunda infância (recodificada)	38	2,79	,62
Q20r - Os idosos já não se interessam pela sexualidade (recodificada)	38	3,11	,51
Q21r - Os idosos são pessoas inflexíveis e resistentes à mudança (recodificada)	38	2,84	,37
Q22r - Os idosos são pessoas doentes (recodificada)	38	3,18	,65
Q29r - Cuidar de idosos é um trabalho muito desgastante (recodificada)	38	2,29	,84
Q30r - Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a preconceitos (recodificada)	38	2,00	,57
Valid N (listwise)	38		

Factor 3 - Cuidar do Idoso

	N	Mean	Std. Deviation
Q14r - Os idosos necessitam de mais atenção do que as pessoas dos outros grupos etários (recodificada)	38	2,39	,64
Q24 - A forma como os Enfermeiros vêem o envelhecimento, influência a prestação de cuidados ao doente idoso	38	3,26	,50
Q25 - Os Enfermeiros em geral, demonstram sempre atitude de respeito para com os doentes idosos	38	2,79	,53
Q26 - Os Enfermeiros em geral, conhecem as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam	38	2,89	,56
Q27 - Os Enfermeiros em geral, respeitam as limitações e as capacidades dos utentes idosos que cuidam	38	2,92	,54
Q28 - Os Enfermeiros em geral, demonstram grande capacidade de escuta para com os utentes idosos	38	2,58	,55
Q31r - Cuidar de idosos requer estratégias diferentes do cuidar das pessoas mais novas (recodificada)	38	1,92	,63
Valid N (listwise)	38		

DIMENSÃO	UR	CATEGORIA	UR	SUB CATEGORIA	UR	UNIDADES DE REGISTO	UR
VELHICE	117	VELHICE FISICA	44	VELHICE FISICA NEGATIVA	44	Perda de capacidades, Limitação	14
						Dependência	6
						Impotências	5
						Transformação	4
Astenia, Fragilidade	3						
Rugas	2						
Alterações físicas	2						
Doença	2						
Morte	2						
Decadência, Desgaste	2						
Muleta	1						
Próstata	1						
VELHICE PSICOLÓGICA	31	VELHICE PSICOLÓGICA POSITIVA	18	Experiência	6		
				Sabedoria	4		
Tolerância	2						
Maturidade	2						
Conhecimento	2						
Ganho	1						
Sensatez	1						
VELHICE PSICOLÓGICA NEGATIVA	13	Tristeza	3	Idade avançada, Senilidade	3		
				Rabugice	2		
Auto desvalorização, insegurança	2						
Segunda infância	1						
Ansiedade	1						
Medo	1						
VELHICE SOCIAL	42	VELHICE SOCIAL POSITIVA	22	Memórias	4		
				Fase da vida, Vida, Gerações	3		
Amor	2						
Tempo livre, Disponibilidade	2						
Terceira idade, Idade	2						
Convívio	1						
Carinho pelo próximo	1						
Vivências	1						
Tradição	1						
Amizade	1						
Descanso	1						
Sociedade	1						
Respeitosamente,	1						
Partilha	1						

				VELHICE SOCIAL NEGATIVA	20	Solidão, isolamento Envelhecimento Fim do ciclo Perdas familiares Estadio Antiguidade Passado Necessidade de ajuda Problema social Preconceitos Reforma	7 3 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1
--	--	--	--	--	----	---	--

DIMENSÃO	UR	CATEGORIA	UR	SUB CATEGORIA	UR	UNIDADES DE REGISTO	UR
ENVELHECIMENTO	139	ENVELHECIMENTO FÍSICO	59	ENVELHECIMENTO FÍSICO NEGATIVO	59	Perda de faculdades. Degeneração	28
						Pele enrugada	7
						Tornar-se velho	5
						Fragilidade	3
						Doença	3
Processo, Mudanças	2						
Cabelo esbranquiçado	2						
Dependência	2						
Disfunção	2						
Morte	1						
Cansaço	1						
Alteração física	1						
Sexualidade diminuída	1						
Lentidão	1						
ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO	53	ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO POSITIVO	47	ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO POSITIVO	47	Experiência	16
						Sabedoria, Conhecimento	13
						Maturidade	10
						Vivência, Caminhada	3
						Ganhos, Enriquecimento	2
Sensatez	1						
Adaptação	1						
Aceitação	1						
ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO NEGATIVO	6	ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO NEGATIVO	6	ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO NEGATIVO	6	Depressão, Tristeza	3
						Demência	1
						Desinteresse	1
						Preocupação	1
ENVELHECIMENTO SOCIAL	27	ENVELHECIMENTO SOCIAL POSITIVO	9	ENVELHECIMENTO SOCIAL POSITIVO	9	Percurso de vida, Tempo	4
						Família, Convívio	2
						Meta	1
						Liberdade	1
						Partilha	1
ENVELHECIMENTO SOCIAL NEGATIVO	18	ENVELHECIMENTO SOCIAL NEGATIVO	18	ENVELHECIMENTO SOCIAL NEGATIVO	18	Problema social	3
						Mudança, Nova forma de vida	3
						Perda de papel social	2
						Reforma	2
						Limiar da vida	2
Isolamento, Solidão	2						
Acomodação	1						
Terceira idade	1						
Produtividade diminuída	1						
Velhice	1						

DIMENSÃO	UR	CATEGORIA	UR	SUB CATEGORIA	UR	UNIDADES DE REGISTO	UR
VELHO	119	VELHO (perspectiva física)	40	VELHO (perspectiva física positiva)	1	Longevidade	1
				VELHO (perspectiva física negativa)	39	Desgastado, Usado, Estragado Frágil, Debilitado Dependente, Limitações Acamado, Cuidados Rugas Doente Perdeu faculdades Necessita de ajuda Fraco Transformação Parado Decadente Deteriorado Cansado Morte	10 6 6 3 3 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1
		VELHO (perspectiva psicológica)	34	VELHO (perspectiva psicológica positiva)	20	Experiente Sábio, conhecedor Ternura Tolerante Serenos Harmonia	8 7 2 1 1 1
				VELHO (perspectiva psicológica negativa)	14	Inflexível à mudança Desmotivado, Desinteressado Nostálgico Vulnerável Saudoso Carente Desactualizado Caduco Apelativo Tristeza	4 2 1 1 1 1 1 1 1 1

		VELHO (perspectiva social)	45	VELHO (perspectiva social positiva)	17	Amigo Educador, Professor Idoso Avô Presente Futuro Conselheiro Orador Histórias de vida Filosofo Amor Vivido Com muitos anos Histórias Velhusco	2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
				VELHO (perspectiva social negativa)	28	Antiquado Solidão, Isolado Usado Preconceituoso Marginalizado, Exclusão Desvalorizado Idade avançada Trapo Rejeição Abandonado Fardo Rezingão Lar	11 3 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1

DIMENSÃO	UR	CATEGORIA	UR	SUB CATEGORIA	UR	UNIDADES DE REGISTO	UR
IDOSO	126	IDOSO (perspectiva física)	25	IDOSO (perspectiva física positiva)	1	Bem conservado	1
				IDOSO (perspectiva física negativa)	24	Dependente Frágil Doente Limitado Cabelos brancos Transformação física Rugas Perdas Discurso lentificado Cuidados Confusão	7 6 2 2 1 1 1 1 1 1 1
		IDOSO (perspectiva psicológica)	46	IDOSO (perspectiva psicológica positiva)	35	Experiência Sabedoria, conhecimento Serenidade Esperança Paciente Aprendizagem Delicadeza Felicidade	15 13 2 1 1 1 1 1
				IDOSO (perspectiva psicológica negativa)	11	Carente Resistente à mudança Rabugice Teimoso Depressão Transformação psíquica Labilidade Sensível	3 2 1 1 1 1 1 1
		IDOSO (perspectiva social)	55	IDOSO (perspectiva social positiva)	29	Convívio, Actividade/ Laser Terceira idade Ansião Respeito Vivido Companheiro Contador de histórias Filosofo Educador Veterano	4 3 2 2 2 2 1 1 1 1

					Vida	1
					Palavra bonita	1
					Café	1
					Conselheiro	1
					Amigo	1
					Avô	1
					Partilha de amor	1
					Disponível	1
					Patriarca	1
					Anos	1
				IDOSO (perspectiva social negativa)	26	10
					Velho	4
					Reformado	4
					Solidão	2
					Marginalizado	1
					Desocupado	1
					Sedentário	1
					Saudoso	1
					Desvalorizado	1
					Peso familiar	1
					Mudança	1