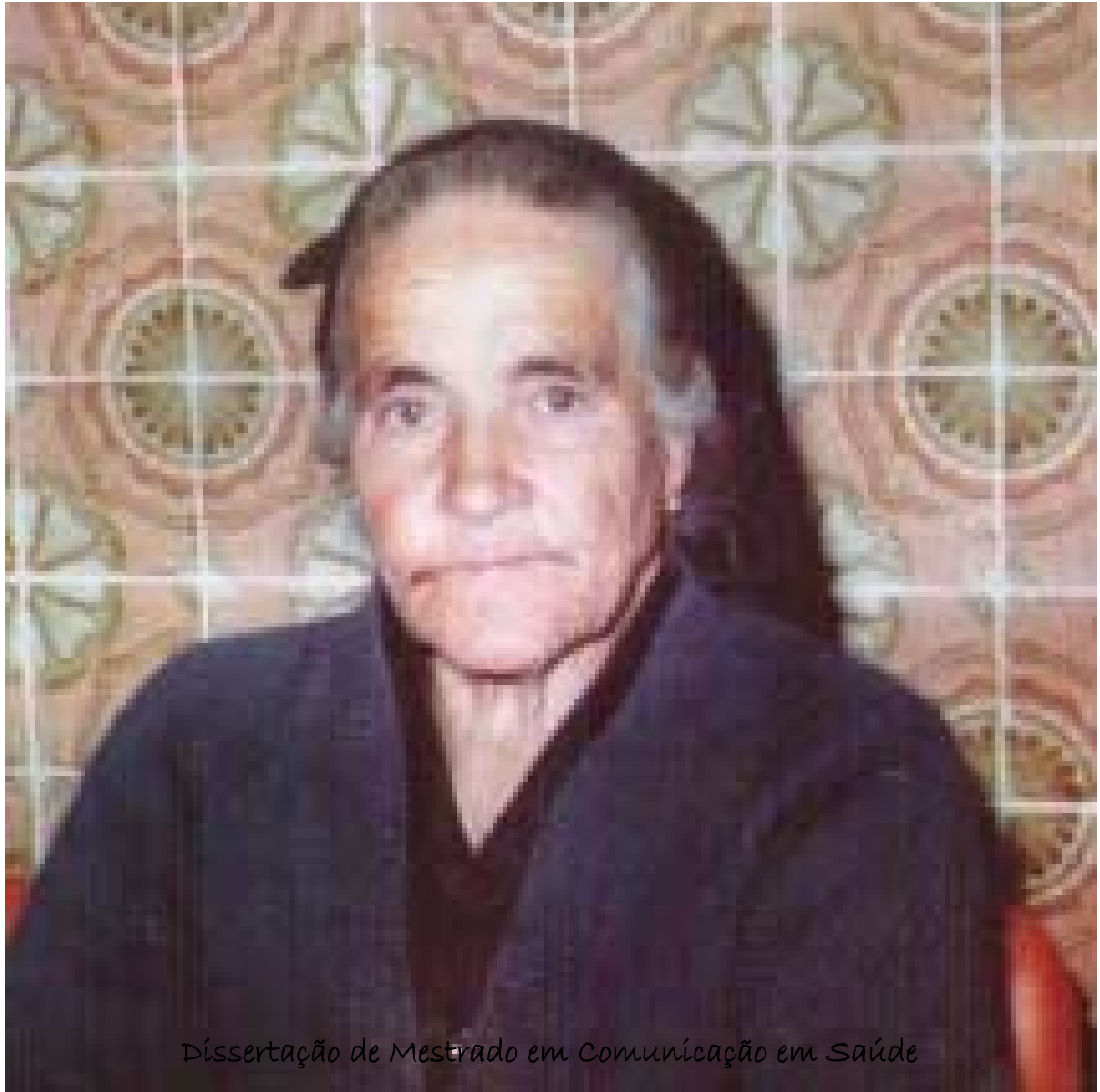


*Cristina Maria Vidal de Castro*

# *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso*

*Em contexto de prestação de cuidados*



*Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*

*Orientadora: Professora Doutora Maria Natália Ramos*

*Universidade Aberta*

*Lisboa 2007*

Cristina Maria Vidal de Castro

# Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso

Em contexto de prestação de cuidados

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

Orientadora: Professora Doutora Maria Natália Ramos

Universidade Aberta

Lisboa 2007

Capa:

A Ti Maria

Fotografia : Z Ita

**À Ti Maria**

Pelas histórias ao tanque e à lareira, de quem guardo as melhores  
recordações da minha infância

**Aos meus avós**

Pelas lições de vida, de quem tenho muitas saudades

**Aos meus pais**

Por me amarem tanto e estarem sempre presentes na hora certa, Deus os  
guarde e abençoe

**Ao meu filho**

A minha vida

**Ao Zé**

Pelo seu amor e força que sempre me deu

## AGRADECIMENTOS

### **À Professora Doutora Natália Ramos**

Por ter aceite a orientação deste trabalho, pelo seu saber, pela preocupação constante, pelo estímulo, e pela disponibilidade total;

### **À Clara, minha amiga do peito**

Que tanto me desorientou na elaboração deste trabalho... mas foi o maior contributo - "permitiu tornar real um esquema conceptual" e o "não familiar tornou-se familiar".  
Pelo crescimento pessoal e profissional que me tem proporcionado;

### **Aos directores**

Do Centro de Saúde de Óbidos e do Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo, que deram autorização para a recolha dos dados necessários à elaboração deste estudo;

### **Aos participantes do estudo**

Pela disponibilidade e pela amabilidade demonstrada;

### **Ao Dr. Mário Falcão, Dr.ª Helena, Dr.ª Ivone, Paula e Cristina**

Pela amizade, ajuda e força que me deram;

### **À Sílvia e ao Paulo**

Os meus grandes amigos, pela confiança que depositam em mim;

### **À minha amiga São Caldas**

Pela amizade e pelas suas orações;

### **Aos meus amigos**

Pelo apoio e estímulo que me deram nos momentos mais difíceis;

### **À minha família**

Tão grande e que tanto estimo - força Z eza;

### **Ao meu filho Bruno**

Que o privei de tantos momentos de partilha e cumplicidade - o alimento que contribui para o crescimento da nossa relação;

### **Aos "meus" idosos**

Pelas lições de vida, e porque têm permitido que o meu cuidar em enfermagem me conceda tanta satisfação.

A todos um Bem Haja

## APELO

Pára... Olha para mim!  
E sorri.  
Dá-me a tua mão!  
Conversa comigo.  
Dá-me um pouco do teu tempo.  
Ouve-me! Tenho tanto para te contar!  
Sabes? Já fui novo como tu: enérgico, alegre, feliz:  
Já sonhei, já amei, já corri, dancei...  
Tal qual como tu!  
Construí o meu lar, criei os meus filhos!  
Vivi para eles,  
Tirei da minha boca para lhes dar!  
Esqueci-me de mim e dei-me toda a eles!  
O tempo passou, a minha pele enrugou,  
Os meus olhos deixaram de ver, já não te ouço bem.  
As minhas pernas, vacilam, por isso... estou aqui  
Às vezes estou só, olho para trás e recordo:  
Onde estão todos?  
Os familiares, os amigos os filhos!  
Onde estão os meus filhos?  
Não me deixes só! Preciso tanto de ti!  
Por isso... pára! E olha para mim.

(Autor desconhecido)

## INDICE

	Pág.
SIGLAS.....	11
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	14
INTRODUÇÃO.....	16
<b>I PARTE - ABORDAGEM TEÓRICA - CONCEPTUAL</b>	<b>19</b>
<b>1 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>20</b>
1.1 - FORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	28
1.2 - FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	32
<b>2 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>35</b>
2.1 - TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.....	39
2.1.1 - Teorias do Envelhecimento Biológico.....	40
2.1.2 - Teorias do Envelhecimento Psicossocial.....	42
<b>3 - VELHICE/IDOSO - QUESTÕES CONCEPTUAIS.....</b>	<b>44</b>
3.1 - NECESSIDADES DE SAÚDE DO IDOSO.....	48
3.2 - IDOSO NA FAMILIA.....	55
<b>4 - SER ENFERMEIRO.....</b>	<b>60</b>
4.1 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA.....	62
<b>5 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS FACE AO IDOSO.....</b>	<b>78</b>
5.1 - ATITUDES FACE À VELHICE/IDOSO.....	81
5.2 - ESTEREÓTIPOS E MITOS RELATIVOS AO IDOSO.....	85

	Pág.
<b>II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA</b>	<b>93</b>
<b>1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....</b>	<b>94</b>
<b>2 - QUESTÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>98</b>
2.1 - TIPO DE ESTUDO.....	98
2.2 - POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	99
2.3 - PROCEDIMENTOS.....	99
2.4 - MÉTODO DA RECOLHA DE DADOS.....	100
2.4.1 - Considerações éticas.....	102
2.5 - ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS.....	102
<b>3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>104</b>
3.1 - CONCEITO DE IDOSO/VELHO/ENVELHECIMENTO.....	106
3.1.1 - Representação dos enfermeiros face ao idoso.....	109
3.1.2 - Análise da expressão <i>"Somos crianças duas vezes"</i> .....	112
3.2 - VIVÊNCIAS QUE OS ENFERMEIROS TÊM EM RELAÇÃO AO IDOSO.....	115
3.2.1 - Vivências dos enfermeiros com o idoso.....	115
3.2.2 - Experiência profissional com o idoso.....	117
3.2.3 - Os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar e ao comunicar com o idoso.....	123
3.3 - ATITUDES/OPINIÕES DOS ENFERMEIROS FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO.....	131
3.3.1 - Os cuidados de enfermagem ao idoso: <i>"como devemos cuidar"</i> ; <i>" se eu fosse idoso... como gostaria de ser cuidado"</i> .....	131

3.3.2 - Os cuidados de enfermagem que se prestam ao idoso. ....	135
3.3.3 - Necessidades e queixas do idoso em relação a outros utentes	140
3.3.4 - O recurso do idoso aos serviços de saúde. ....	145
CONCLUSÕES. ....	149
BIBLIOGRAFIA. ....	156
ANEXOS. ....	170
ANEXO I - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no Centro de Saúde de Óbidos. ....	171
ANEXO II - Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche . ....	173
ANEXO III - Guião da entrevista. ....	175
ANEXO IV - Ficha de caracterização da população. ....	178

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Formação das Representações Sociais	27
Quadro 2 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a <b>representação do idoso</b>	111
Quadro 3 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com o comentário à expressão <i>"Somos crianças duas vezes"</i>	114
Quadro 4 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com <b>experiências positivas de cuidados</b>	119
Quadro 5 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com <b>experiências negativas de cuidados</b>	122
Quadro 6 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os <b>sentimentos positivos face ao cuidar do idoso</b>	124
Quadro 7 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os <b>sentimentos negativos face ao cuidar do idoso</b>	126
Quadro 8 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os <b>sentimentos face à comunicação com o idoso</b>	129
Quadro 9 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a <b>concepção de cuidados de enfermagem ao idoso</b>	132
Quadro 10 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a <b>concepção de cuidar relativamente ao idoso</b>	134
Quadro 11 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a <b>percepção sobre os cuidados de enfermagem ao idoso</b>	137

	Pág.
<b>Quadro 12</b> - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as <b>diferenças de procedimentos entre o utente idoso e os outros utentes</b>	<b>139</b>
<b>Quadro 13</b> - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as <b>necessidades do idoso face aos outros utentes</b>	<b>141</b>
<b>Quadro 14</b> - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as <b>queixas do idoso em relação aos outros utentes</b>	<b>144</b>
<b>Quadro 15</b> - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com o <b>recurso do idoso aos serviços de saúde</b>	<b>147</b>

## SIGLAS

AVD	-	Actividades de Vida Diárias
CE	-	Conselho da Europa
CS	-	Centro de Saúde
DGS	-	Direcção Geral de Saúde
DNA	-	Ácido Desoxirribonucleico
EUA	-	Estados Unidos da América
H	-	Hospital
NHB	-	Necessidades Humanas Básicas
OCDE	-	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
s/d	-	Sem data
UE	-	União Europeia

## RESUMO

O envelhecimento é um processo normal que não é bem compreendido, o que tem contribuído para o aparecimento de mitos e estereótipos relativamente aos idosos.

O idoso deixou de ser visto, como um ser de sabedoria, um contador de histórias, mas sim como um *“velho”* que dá trabalho, está à espera da morte, e deixou de ser útil. Os idosos, são cada vez mais vítimas de discriminação e de estereótipos e há poucas políticas de apoio e protecção aos idosos e às suas famílias o que contribui para os isolar, para os afastar e fechar em instituições.

Estes aspectos negativos, ilustram apenas certas dimensões do envelhecimento, contribuindo, para manter os estereótipos, mitos, e as ideias pré-concebidas.

Neste sentido, propusemo-nos conhecer as **Representações Sociais dos enfermeiros ao cuidar do idoso**, para determinar a influência que as mesmas possam ter no acto de cuidar.

Relativamente aos procedimentos metodológicos, optámos por um estudo de carácter descritivo, exploratório, inserido numa abordagem qualitativa, uma vez que permite, conhecer e compreender as experiências, atitudes, e opiniões dos enfermeiros do estudo no contexto de prestação de cuidados ao idoso.

Realizámos entrevistas semi-directivas, a dezoito enfermeiros (Centro de Saúde e Hospital).

A análise dos dados teve como quadro conceptual a teoria das Representações Sociais. Foram definidas três áreas temáticas: **Conceito de idoso/velhice/envelhecimento; Vivências que os enfermeiros têm em relação ao idoso; Atitudes/opiniões dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem ao idoso.**

Na primeira e segunda área, é reconhecida a questão conceptual do que é ser idoso e de que forma as vivências dos enfermeiros podem influenciar esse conceito. Para a maioria é ser dependente, só, infeliz, abandonado, necessita de atenção, carinho, é crianças duas vezes, é excluído pela sociedade, mas merece respeito, é experiente e útil à sociedade.

A terceira temática, permitiu-nos compreender as representações sociais que os enfermeiros têm implícitas nas suas práticas de cuidados.

Está presente em todas as áreas temáticas que o idoso é uma pessoa dependente, só, abandonado pelas famílias e necessita de atenção, no entanto, há alguma diferença de resultados entre os enfermeiros do Hospital e do Centro de saúde. São mais evidentes nas respostas dos enfermeiros do Centro de Saúde, as questões relacionadas com a solidão, a pobreza e o abandono, por parte das famílias. Esta constatação poderá estar relacionada com o facto destes profissionais terem uma intervenção e um conhecimento na comunidade da situação socio-económica e familiar do idoso. A falta de recursos estruturados para uma intervenção multidisciplinar e multi - institucional, numa perspectiva de intervenção integrada entre as Políticas de Saúde e as Políticas Sociais, provavelmente traz sentimentos de impotência aos enfermeiros do Centro de Saúde, em que as exigências da sua prática faz com que estabeleçam prioridades na área técnica, não lhe sendo permitida disponibilidade para ter um papel de educador, de promotor de parcerias com as famílias e a utilização dos vários recursos da comunidade na melhoria da qualidade de vida do idoso.

A representação que o enfermeiro tem do idoso, como sendo uma pessoa dependente e frágil, leva o profissional a fazer uma avaliação e intervenção numa perspectiva reducionista e preconceituosa e não numa perspectiva bio-psico-social e mais positiva.

## ABSTRACT

Ageing is a normal process that is not quite well understood, which has contributed for the appearance of some myths and stereotypes concerning to elder people.

The aged one isn't seen anymore as a wisdom being or a story teller but as an "*old one*" who gives work, who is waiting for death, and isn't useful. The aged ones are more and more victims of discrimination and stereotypes and there aren't sufficient support and protection policies to aged ones and also to their families which contributes to isolate them, to put them aside and close them in institutions.

These negative aspects only show certain dimensions of what is the ageing, contributing to keep on the stereotypes, myths and the pre-conceived ideas.

In this direction, our purpose is to study the **Social Representations of the nurses when taking care of the aged one**, to determine the influence that the same ones can have in the act of taking care.

Relatively to the methodological procedures, we opted for a descriptive and exploratory characters study inserted in a qualitative boarding, once that it allows, knowing and understanding the experiences, attitudes and opinions of the nurses of the study in the context of instalment of cares to the aged one.

We carried through half-directive interviews, to eighteen nurses (Health Centre and Hospital).

The data analysis had as conceptual board the theory of Social Representations. Three thematic areas had been defined: **Concept of aged/oldness/ageing; Experiences that nurses have in relation to the aged one; Attitudes/opinions of the nurses in relation to the cares of nursing to the aged one.**

On the first and the second areas, the conceptual question is know of what it is to be aged and in what way the nurses experiences can influence this concept. For the majority he/she is a dependent being, alone, unhappy, abandoned, who needs attention, affection, he/she is a child for the second time and excluded by society, but he/she deserves respect, is also experienced and useful to society.

The third thematic area allowed us to understand the social representations whose nurses have implicit in their practical care.

It is present in all the thematic areas that the aged one is a dependent person, alone, abandoned by families and needs attention. However, there is some difference of results between the Hospital nurses and the Health Centre nurses. Questions related with the solitude, the poverty and the abandonment of the families are more explicit in the answers of the Health Centre nurses. This fact could be related with the fact of these professionals having an intervention and knowledge of the social-economical familiar situation of the aged one.

The lack of structuralized resources to a multidiscipline and multi-institutional intervention, in one perspective of an integrated intervention between the health and social policies, probably bring feelings of powerless to the Health Centre nurses, where the demands of their practical experience will establish priorities in their technical area, not being allowed availability of having an educative role, promoter of relationships with families and the use of the several resources of the community in the improvement of the aged one's quality of life.

The representation that nurse has about the aged one, as being a dependent and fragile person, takes him to do an evaluation and intervention in a reductive and pre-concept perspective and non in a bio/psychosocial perspective, but much more positive.

## INTRODUÇÃO

*"A maioria dos idosos não vive*

*Existe*

*E existir sem ser visto*

*É uma espécie de morte"*

Josias Gyll

No último século, as alterações demográficas traduzidas pela modificação e, por vezes, pela inversão das pirâmides etárias, reflectem o envelhecimento da população. Este veio colocar aos governos, às famílias, profissionais de saúde e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

O envelhecimento da população faz com que os profissionais de saúde cada vez mais tenham que ter saberes que permitam uma intervenção adequada às necessidades da população idosa. Uma vez que esses profissionais cada vez mais vão cuidar de idosos, é importante a sua sensibilização e preparação para melhor desempenharem as suas funções, de forma a melhorarem a qualidade de vida deste grupo etário.

O estudo das representações que os enfermeiros têm, face ao idoso, na prestação de cuidados, pode proporcionar informações muito úteis. Poderão servir para sensibilizar os profissionais em contexto formativo, contribuindo assim para um cuidar do idoso numa perspectiva de promoção da saúde, de prevenção da doença e de reabilitação, e para uma melhor comunicação com o idoso em contexto de cuidados de saúde. A exploração das representações sociais pode permitir o contacto com imagens e conteúdos que expressam o objecto de estudo, ou seja, o cuidar dos enfermeiros face ao idoso. Com esta finalidade, a Dissertação é desenvolvida no âmbito das representações que os profissionais de saúde têm em relação ao idoso, no contexto de cuidar, em que a questão de investigação principal é:

*“Quais as Representações Sociais dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados face ao idoso, em contexto de prestação de cuidados?”.*

A representação que o profissional de saúde possa ter do idoso, como sendo sempre uma pessoa doente e frágil, leva o profissional a fazer uma avaliação e intervenção numa perspectiva reducionista e não numa perspectiva bio-psicossocial. É importante a mudança de mentalidades de forma a permitir o reconhecimento deste grupo etário como heterogéneo, com necessidades individualizadas. Uma avaliação apropriada deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objectivos e a implementação dos cuidados a prestar.

A prestação dos cuidados e o respeito pelas necessidades fundamentais da pessoa humana são a razão de ser das profissões que têm por base a relação de ajuda.

Quantas vezes ouvimos por parte dos profissionais: *“os idosos por não terem ocupação recorrem aos serviços de saúde sem justificação”*; *“são uns maçadores, sempre com as mesmas queixas”*; *“pela sua idade já sabem que não há nada a fazer, querem é ficar cá para semente”*.

Estas opiniões, por parte dos profissionais de saúde, contribuem, por um lado, que o idoso, muitas vezes, não partilhe as suas necessidades e, por outro, para a diminuição da sua auto-estima, trazendo-lhe sentimentos de inutilidade, aumentando a probabilidade da situação de doença.

Pelas razões apresentadas, e também porque a investigação sobre as representações sociais do idoso têm incidido mais nas representações que o idoso tem de si próprio, consideramos pertinente este estudo.

Relativamente aos procedimentos metodológicos optámos por um estudo de carácter descritivo, exploratório, inserido numa abordagem qualitativa, uma vez que permite, conhecer e compreender as experiências, atitudes e opiniões dos

enfermeiros do estudo em contexto de prestação de cuidados ao idoso, sem procurar extrapolar os resultados obtidos para outras populações, que não a estudada. O trabalho de campo realizou-se no Centro de Saúde de Óbidos e no serviço de medicina do Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche e os dados da pesquisa foram obtidos através de entrevista semi-directiva a todos os enfermeiros a prestar cuidados nesses serviços.

O presente trabalho está organizado em duas partes: na I Parte abordamos o enquadramento teórico do problema em pesquisa, onde nos centramos na abordagem teórica-conceptual das representações sociais, do processo de envelhecimento e da velhice/idoso, do enfermeiro e dos cuidados de enfermagem em gerontologia, terminando com a representação social dos enfermeiros face ao idoso; na II Parte apresentamos os objectivos do estudo, os procedimentos metodológicos utilizados, seguindo-se a apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados.

Salientamos finalmente, as conclusões que achamos mais importantes e algumas sugestões.

Neste estudo concluímos que as representações que os enfermeiros têm do idoso são essencialmente negativas, considerando o idoso pessoa dependente, só, abandonado pelas famílias, que necessita de atenção e carinho, porque é mais frágil. Verificam-se algumas diferenças de resultados entre os enfermeiros do Hospital e do Centro de Saúde, sendo mais evidente, nas respostas dos enfermeiros do Centro de Saúde, a questão que se relaciona com a solidão, a pobreza e o abandono por parte das famílias. Esta constatação por parte dos enfermeiros do Centro de Saúde, poderá estar relacionada com o facto destes terem uma intervenção e um conhecimento na comunidade da situação socio-económica e familiar do idoso.

# I PARTE

## ABORDAGEM TEÓRICA - CONCEPTUAL

## 1 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representações sociais, tem ao longo do tempo sofrido alterações, sendo abordado por vários autores de forma diferenciadas, pela complexidade da sua constituição e estruturação.

É no campo da sociologia que surge pela primeira vez, com Durkheim, em 1898, uma noção semelhante - Representações colectivas - Este conceito mantém-se esquecido mais de meio século. Só depois de pesquisas sobre o estudo das mentalidades é que a atenção se volta novamente para este conceito (Negreiros, 1995).

Ainda segundo a mesma autora, citando Durkheim (1898), as representações colectivas defendem a ideia de que a condição de existência de todo o pensamento organizado é a vida social. Consideram que todos os fenómenos sociais, sem excepção, onde se incluem as crenças, as práticas religiosas, as regras da moral, e os inumeráveis preceitos do direito, são impostos ao indivíduo, tornando-os obrigatórios, orientando os saberes, comunicações e comportamentos individuais, conjugando-os com as manifestações mais características da vida colectiva. A obrigação é a prova de que estas maneiras de agir e de pensar não são obra do indivíduo mas emanam de um poder moral que o ultrapassa.

Uma função primordial das representações colectivas seria a transmissão da herança colectiva dos antepassados, que acrescentariam às experiências individuais tudo que a sociedade acumulou de sabedoria e ciência ao passar dos anos (Negreiros, 1995).

Assim, as representações colectivas são um fenómeno social, a partir do qual se constroem as diversas representações individuais, em que os caracteres cognitivos individuais não são especificados (Negreiros, 1995).

Para Durkheim as representações colectivas impõem-se às pessoas como uma força verdadeiramente constritiva já que parecem possuir ante os seus olhos a mesma objectividade que as coisas naturais (Gracia, 1988).

A vida social é "*essencialmente formada por representações colectivas que, embora comparadas às individuais, são radicalmente distintas e exteriores a elas*" (Vala, 2002, p.485). Para Durkheim as representações colectivas serviriam essencialmente a coesão social (Correia, 2004). As representações são colectivas à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo, e conduzem os homens a pensar e a agir de uma maneira homogénea. É esta perspectiva que permite a atribuição de status de *objectividade* às representações colectivas, também consideradas *estáveis e autónomas*, pela sua transmissão e reprodução regidas por leis próprias (Nóbrega, 2003).

Tendo em conta que as representações colectivas se geram na interacção social, faltava explicar os mecanismos através dos quais as representações individuais se transformam em colectivas e estas, por seu turno, em individuais, bem como perceber o processo pelo qual as representações, se constituem e difundem através da articulação entre os processos cognitivos, psicológicos e sociais (Vala, 2002).

Em 1961, o Psicólogo Social Serge Moscovici vai recuperar o velho conceito de representações colectivas, renovando-o, partindo do pressuposto de que as representações colectivas se geram na interacção social. De Durkheim a Lewin, passando por Mead e Wundt, constrói-se um conceito integrador -**representação**

**social** - que concentra na mesma perspectiva a explicação da origem e da natureza do pensamento social (Nogueira, 1995).

Este conceito teve impacto quer na psicologia social, quer nas outras ciências sociais, porque toma uma posição «mista», fazendo a ponte entre uma série de conceitos sociológicos e uma série de conceitos psicológicos. Por este motivo Moscovici, prefere falar de representação social, e não de representação colectiva, não colocando o conceito apenas no campo sociológico. Refere que as representações de que se vai ocupar não são colectivas, ou seja não se impõem às pessoas por via da organização da sociedade, mas são referentes ao nosso universo interior, presentes nos indivíduos, mas com características que nos autorizam a chamá-lhes de sociais (Moscovici, 1976).

Destas características, Moscovici (1976, p. 74-75), aponta para o facto de serem "*expressas por grupos sociais*", estarem relacionadas com o seu "*processo de produção*", ou seja qualificar uma representação de social significa optar pela hipótese de que ela é engendrada colectivamente; e por último a sua "*funcionalidade*" que nos refere que as representações são sociais porque contribuem para os processos de formação dos comportamentos e de orientação das comunicações sociais.

Neste conceito o princípio de indissociabilidade entre o indivíduo e sociedade, sujeito e objecto, interno e externo, numa perspectiva de processo, está presente. É demonstrado através da importância do pensamento científico fundamentado no senso comum onde é efectuada a interpretação dos factos sociais e a transformação da realidade (Nóbrega, 2003).

A teoria da representação social traz uma visão inovadora uma vez que considera que não é a tradição, de um social pré-estabelecido, mas sim a inovação de um social móvel onde existe uma rede de interacções em que qualquer coisa de

individual pode tornar-se social ou vice-versa. Moscovici (1989), citado por Negreiros, refere que *“Trata-se de compreender, não mais a tradição, mas a inovação, não mais uma vida social já feita, mas a vida social em vistas de se fazer”* (Negreiros, 1995, p.13).

A noção de representação social remete para *“... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas, são equivalentes, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum”* (Moscovici, 1981, p.181).

A comunicação, neste contexto assume e tem grande importância enquanto fenómeno que permite convergir os indivíduos numa rede de interacções, onde se geram e se adquirem as representações sociais.

Para Vala, *“ as representações são sociais, não pela sua extensão, mas porque emergem num dado contexto social; porque são elaboradas a partir de quadros de apreensão que fornecem os valores, as ideologias e os sistemas de categorização social partilhados pelos diferentes grupos sociais; porque se constituem e circulam através da comunicação social; e porque reflectem as relações sociais ao mesmo tempo que contribuem para a sua produção”* (Vala, 1986, p.20).

Para Jodelet (1989), perceber o que é uma representação social é fácil, o que se torna difícil é a sua definição. A autora, lembra que a representação social deve ser estudada articulando elementos afectivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afectam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre a qual elas vão intervir.

A mesma autora refere que, as representações sociais são um saber prático, são produzidas pelas interações e comunicações no interior dos grupos sociais, reflectindo a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objecto do seu quotidiano.

A comunicação também é responsável pela determinação da formação do processo representacional que está estruturado em três níveis:

- **Cognitivo**, (refere-se ao acesso desigual das informações, interesses ou implicação dos sujeitos, necessidade de agir em relação aos outros);
- **Formação das representações sociais** (Objectivação e Ancoragem);
- **Edificação das condutas** (opiniões, atitudes e estereótipos) (Jodelet, 1989).

As representações sociais são formas de conhecimento orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que vivemos, que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não se reduzem apenas aos conhecimentos cognitivos. São fenómenos sociais que têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem, e das formas de comunicação onde circulam (Jodelet, 1984).

Então Jodelet, (1989, p.36), define representação social como: *“uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”*.

Não são apenas as teorias científicas que alimentam as representações sociais, mas também os grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações quotidianas (Vala, 2002).

Vala, (2002, p.460), citando Moscovici e Hewstone (1984), refere que *“uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação”*.

Moscovici, preocupou-se em perceber os processos através dos quais os indivíduos, em interacção social, constroem teorias sobre objectos sociais e como se torna viável a comunicação, as relações sociais e a organização dos comportamentos dos indivíduos através da transformação do conhecimento científico ao nível do senso comum (Correia, 2004).

Ainda segundo o mesmo autor, *“nas representações, o objecto representado encontra-se presente sob a forma de imagens, conceitos e significações que reflectem não só esse objecto exterior, mas também o próprio sujeito, na medida em que traduzem a sua própria actividade individual ou social”* (Correia, 2004, p. 4).

Moscovici (1976), na sua investigação, verificou que um mesmo objecto pode ter uma grande variedade de representações que diferem de acordo com a actividade cognitiva, psicológica, as normas e valores próprios dos indivíduos e dos grupos sociais em que estão inseridos.

A representação não é um reflexo de um objecto, mas um produto do confronto da actividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objecto (Abric, 1987).

Abric, considera que *“não existe a priori uma realidade objectiva, mas toda a realidade é representada ou seja apropriada pelo indivíduo ou grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, que dependem da sua história e do contexto ideológico envolvente, e é esta a realidade apropriada e reestruturada que constitui para o indivíduo e o grupo, a própria realidade”* (Abric, 1994, p.12).

É a partir das experiências individuais dos sujeitos, e das informações, saberes e modelos de pensamento, que são recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social, que se constitui o conhecimento do senso comum. Sendo um conhecimento socialmente partilhado, mas também um conhecimento

prático que visa dominar o meio social e físico dos indivíduos, bem como compreender e explicar os fenómenos do seu universo vivencial (Correia, 2004).

As representações são fenómenos complexos e sempre actuates na vida social.

Se por um lado a representação social é um produto de uma realidade exterior; informações, imagem, opiniões, valores, atitudes, em relação a um determinado objecto (pois não há representação sem objecto), por outro lado, ela é um processo – é a representação social de um sujeito (indivíduo, grupo, família, classe).

Reconhece-se geralmente que as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação, regem a nossa relação ao mundo e aos outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais (Jodelet, 1989).

É nesta linha de pensamento que Jodelet (1984) defende, que a noção de representação social integra, formas de conhecimento tais como: o «conhecimento espontâneo», o «conhecimento do senso comum» ou ainda «saber ingénuo» ou «natural» e que, diz respeito à forma como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos do seu quotidiano, os dados do meio social e físico, as informações que nele circulam, e as pessoas do meio próximo ou longínquo. A mesma autora considera ainda, a importância deste tipo de conhecimento, se tornar em objecto de estudo para um conhecimento científico, *“devido à sua importância na vida social, na clarificação sobre os processos cognitivos e as interacções sociais”* (Jodelet, 1989, p.36).

Sendo as representações sociais para Jodelet (1984, p. 360), *“uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social”*, possuem cinco características que surgem da análise do simples facto de representar:

- *“É sempre a representação de um objecto;*
- *Têm um carácter imagético e a propriedade de tornar intermutável o sensível e a ideia, a percepção e o conceito;*

- *Têm um carácter simbólico e significante;*
- *Têm um carácter construtivo;*
- *Têm um carácter autónomo e criativo” (Jodelet, 1984, p. 365).*

Em jeito de conclusão, tendo em conta os contributos dos diversos autores Nóbrega (2003), sintetiza no quadro seguinte, o que é uma representação social.

Quadro 1 - Formação das Representações Sociais

TIPO DE SABER	MODO DE ELABORAÇÃO	FUNÇÃO
REPRESENTAÇÃO SOCIAL	<p><i>NÍVEIS:</i></p> <p><i>1) Cognitivo:</i></p> <p><i>Símbolos</i></p> <p><i>Imagens</i></p> <p><i>2) Formação das RS</i></p> <p><i>Objectivação</i></p> <p><i>Ancoragem</i></p> <p><i>3) Edificação das condutas:</i></p> <p><i>Opiniões (difusão)</i></p> <p><i>Atitudes (propagação)</i></p> <p><i>Estereótipos (propaganda)</i></p>	
CIÊNCIA	<p><i>Hipóteses;</i></p> <p><i>Observação/Experimentação;</i></p> <p><i>Validação/ Comprovação;</i></p> <p><i>Previsão;</i></p> <p><i>Aplicação.</i></p>	

Fonte: NÓBREGA (2003). In Moreira, A.S. & Jesuíno, J.C (2003)

## 1.1 – FORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici atribui às representações sociais a função de tornar familiar aquilo que era inicialmente não familiar, e é, através dos processos de **objectivação** e **ancoragem**, que este autor explica a função e elaboração das mesmas.

Estes processos são processos sociocognitivos no sentido em que são processos cognitivos socialmente regulados, e referem-se a regulações normativas que verificam as operações cognitivas (Vala, 2002).

Funcionam no «pensamento natural», o qual se baseia na comunicação de ideias que tem por objectivo a persuasão e se opõe ao pensamento da ciência ou da filosofia (Moscovici, 1976).

A **objectivação** é a operação que permite a materialização da palavra e a reabsorção do excesso de significados pelos quais uma realidade é representada. Ou seja, é o processo que permite tornar real um esquema conceptual (Jodelet, 1989).

Para Vala (2002, p.465), *“A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes das representações e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural”*.

A objectivação envolve certas operações simbólicas e estruturantes, pelas quais se dá uma forma a esse conhecimento prático acerca da realidade que é o objecto da representação, constituindo uma característica de todo o pensamento social, não ocorrendo apenas na passagem das teorias para o senso comum.

Esta **objectivação** vai processar-se, segundo Moscovici, citado por Vala (2002) e Negreiros (1995), ao longo de três fases: construção selectiva, esquematização estruturante e naturalização.

Construção selectiva: São retidos selectivamente pelo sujeito apenas alguns elementos dentro daquilo que este considera útil (ignorando outros que passam despercebidos ou se esquecem). Informações, crenças e ideias acerca do objecto sofrem um processo de selecção e descontextualização, sendo esta selecção da informação fortemente condicionada pelos interesses e valores do próprio grupo de pertença do sujeito.

Esquemática estruturante corresponde à organização dos elementos, através de um processo de apropriação. Os elementos estruturam-se e objectivam-se num esquema figurativo de pensamento simples e sintético, que é concretizado com imagens, constituindo um padrão de relações estruturadas. Aqui são acentuadas as relações entre os conceitos, adquirindo estes, nesta fase, já alguma dimensão imagética ou figurativa *“de a cada elemento de sentido corresponder uma imagem, de concretizar o abstracto e materializar a palavra”* (Jodelet, 1984, p. 367).

Naturalização: os conceitos transformam-se em categorias sociais de linguagem que expressam directamente a realidade, ou seja, o abstracto torna-se concreto, através da sua expressão em imagens e metáforas, e a percepção torna-se realidade, permitindo a equivalência da realidade e dos conceitos. A Naturalização poderá processar-se através da *“personificação (materializar num nome ou num rosto uma ideia), da figuração (substituição de conceitos complexos por imagens e metáforas), da ontologização (atribuir às ideias ou às palavras, coisas, qualidades ou forças)”* (Moscovici e Hewstone, 1984, citado por Vala, 2002, p. 469). Metaforização *“é um elemento central na produção de conhecimento (...) não são meras figuras de estilo ou retórica, mas expressões do próprio processo de pensamento, permitindo transferências de sentido e a naturalização do que era abstracção conceptual”* (Vala, 2002, p.472).

A segunda categoria, que constitui os processos base na formação das representações sociais, apresentada por Moscovici citado por Vala (2002), é o mecanismo de **ancoragem**.

É através deste processo que utilizamos as categorias que nos são já conhecidas para interpretar e para dar sentido aos novos objectos que aparecem no campo social. É aqui que o não familiar se torna familiar. Dá-se a integração da informação dentro do nosso sistema de pensamento, tal como já está constituído (Gracia, 1988).

Enquanto processo que precede a objectivação, *“a ancoragem, expressa a inserção social das representações, a sua relação com a posição social dos indivíduos e dos grupos e com o seu quadro simbólico e ideológico”* (Negreiros, 1995, p.26).

*“Se a objectivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais”* (Moscovici, 1976, p.318), ou seja, a ancoragem refere-se à instrumentalização social do objecto representado.

*“As dinâmicas de objectivação e de ancoragem são aparentemente opostas: a objectivação visa criar as verdades evidentes para todos, independentemente de todo o determinismo social e psicológico; a ancoragem designa, ao contrário, a intervenção de tais determinismos na sua génese e transformação”* (Doise, 1992, p.15).

A ancoragem define três funções e três condições estruturantes:

Está dialecticamente articulada à objectivação para assegurar as três funções fundamentais da representação: *“incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos”*.

A ancoragem é também organizada por três condições estruturantes: “*o enraizamento no sistema de pensamento, a atribuição de sentido e a instrumentalização do saber*”.

**Enraizamento no sistema de pensamento** - o processo formativo das representações inclui um sistema de ideias pré existentes em coexistência com as novas. Há uma “*incorporação social da novidade*” associada à “*familiarização do estranho*”. A ancoragem, como enraizamento no sistema de pensamento, articula os elementos inovadores com aqueles que são rotineiros. Em contacto com as modalidades de pensamento permite novas interpretações da realidade. No entanto os pensamentos já estabelecidos tendem a predominar, e, através de mecanismos de classificação, comparação e categorização, faz-se o julgamento do novo objecto;

**Atribuição do sentido** - a implementação de um objecto e a sua representação num grupo ou numa determinada sociedade inclui-se numa “*rede de significações*” e são articulados e hierarquizados com os valores já existentes na cultura. O princípio de “*significações*” refere-se aos aspectos culturais nas representações, vinculado ao sistema de valores de um grupo ou sociedade;

**A Instrumentalização do saber** - tem um valor funcional através de uma estrutura da imagem na representação e torna-se teoria de referência permitindo aos indivíduos compreenderem a realidade. Isto vai permitir a construção das relações sociais pela existência da interpretação e gestão da realidade pelos grupos ou indivíduos (Nóbrega, 2003, p.68-70).

## 1.2 - FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici salienta que as representações são um contributo essencial às ciências sociais, pois têm, na nossa sociedade, a mesma função que tinha o mito nas sociedades tradicionais (Vala, 1986).

*“As representações sociais oferecem uma rede de significados que permitem a ancoragem da acção e a atribuição de sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos, factos sociais. Uma representação social é um código de interpretação no qual ancora o não familiar, o desconhecido, o imprevisto”* (Vala, 2002, p.474).

Moscovici (1978), refere que a representação social é uma preparação para a acção, tanto por conduzir o comportamento, como por modificar e reconstituir os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar. Para ele, o ser humano é um ser pensante que formula questões e busca respostas e, ao mesmo tempo, compartilha realidades por ele representadas.

Moscovici (1961), citado por Correia (2004, p.12), refere que *“as funções das representações sociais são de **desejabilidade** – pretende construir uma realidade social orientada pelo indivíduo; de **desequilíbrio** – visa repor o equilíbrio dos novos saberes adquiridos pelo indivíduo através de uma compensação imaginária e de **controlo** – filtra a informação que vem do exterior de modo a poder controlar o comportamento individual”*.

No modelo proposto por Moscovici (1961), importa pois, reflectir sobre o carácter funcional das representações sociais, ou seja, sobre a sua contribuição nos processos de **formação de condutas e orientação das comunicações sociais** (Nóbrega, 2003).

Em 1994, Abric, além destas funções, acrescentou mais duas: **identitária** - salvaguarda a imagem positiva do grupo e a sua especificidade através da elaboração da sua própria identidade pessoal e social, compatível com o sistema de normas e valores socialmente e historicamente determinados, e a **justificativa** - permite aos actores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social nas relações entre grupos (Nóbrega, 2003).

A função **justificativa** dá a possibilidade de as representações sociais explicarem, à posteriori, o assumir de determinadas posições, decisões ou comportamentos por parte de um indivíduo ou de um grupo (Correia, 2004).

Jodelet (1984), além da «**orientação de condutas e das relações sociais**», também salienta as funções de «**interpretação da realidade**», que permite ao indivíduo tornar a sua realidade social compreensível, e a função «**cognitiva**», que vai permitir a integração da novidade (Correia, 2004).

Vala (2002, p. 479), refere-se às representações sociais como um saber funcional ou teorias sociais práticas, realçando que estas *“têm como função a atribuição de sentido ou a organização significativa do real”*. Mas essa função não é independente das funções de explicação, de orientação dos comportamentos, de diferenciação inter-grupal e de criação de identidade social. Este conjunto de funções *“evidenciam a forma como elas se edificam nas relações sociais ao mesmo tempo que contribuem para a sua organização”* (Vala, 1986, p.17). Estas funções são:

- **Explicação dos comportamentos e das relações sociais:** os indivíduos, ao explicarem um comportamento cometem muitas vezes um erro fundamental, quando atribuem maior importância às causas internas (disposições, traços de personalidade, atributos pessoais, etc) e desvalorizam as causas externas ou os factores situacionais. De forma controlada ou automática, consciente ou não

consciente, um grande número dos nossos comportamentos corresponde às nossas representações.

- **Diferenciação social:** a especificidade das representações contribui, para uma diferenciação dos grupos sociais. A dinâmica da relação entre grupos conduz a modificações adaptativas nas representações e à atribuição ao outro grupo de características que permitem o desencadear de comportamentos discriminatórios justificados. Cada grupo programa a sua estratégia de acção pelo facto de dispor de um sistema de representações que lhe permite antecipar comportamentos e acções do outro.

- **Comunicação:** uma linguagem, partilhada, com um sistema de categorização e de interpretação comuns, são condições essenciais para que a comunicação se efectue. Os actos comunicativos são um suporte básico das representações sociais. Quando comunicamos temos um processo sequencial de descrição, avaliação e explicação. Nas representações centramo-nos mais na avaliação e explicação, uma vez que os actos de comunicação não são sempre, ou não são só, actos de partilha de consensos; são muitas vezes actos de debate, de discussão e argumentação no interior dos grupos e entre grupos (Vala, 2002).

As representações de um grupo procedem de valores gerais e de formas epistémicas abstractas que munem o conhecimento social de uma polarização (o bem e o mal, o útil e o inútil, o essencial e o acessório) e de uma organização (o concebível, o admissível, o probatório). Rouquette (2003), refere que tudo isto faz parte da ideogênese das representações.

## 2 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

*"Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais,  
Sendo maduro, não insista em rejuvenescer,  
Sendo velho, não se dedique ao desespero.  
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor  
e é preciso que eles escurram entre nós"*

Victor Hugo (1802-1885)

O envelhecimento é um processo normal, complexo e inerente a todo o ser humano. Apesar de não se conhecerem muito bem as causas, ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo.

É relevante distinguir envelhecimento normal de patológico. O envelhecimento normal (primário) é intrínseco ao organismo, encontrado em todos os idosos e com alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento, não alterando a capacidade de adaptação destes. O envelhecimento patológico (secundário) encontra-se relacionado com factores extrínsecos, nomeadamente doenças, lesões e traumatismos que podem alterar a capacidade de adaptação do indivíduo (Netto, 2002, p.7).

São considerados diversos níveis no fenómeno do envelhecimento: o **biológico**, que se caracteriza por modificações do aspecto do indivíduo, como o aparecimento de rugas, pela forma como se desloca e pelo aumento das doenças; o **social**, verificando-se alterações do estatuto social com a passagem à reforma; e o **psicológico**, onde se observam alterações da actividade intelectual e das motivações (Fontaine 2000).

Vários são os autores que definem o envelhecimento.

Todo o organismo vivo conhece, de acordo com um esquema específico e determinado, um período de crescimento seguido de um período de decrescimento, sendo o envelhecimento um *"Fenómeno normal e quase universal, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento"* (Reis, 1998, p.14).

De acordo com Rodrigues (1978, p.24), *"O envelhecimento é um processo biológico complexo, mas dinâmico, que se inicia muito antes da velhice propriamente dita e que não é uma doença, mas antes um dos tempos do nosso programa de vida"*.

O envelhecimento é um processo biológico que não deve ser confundido com qualquer tipo de enfermidade. Confundi-los é erróneo, uma vez que apenas contribui para reforçar a ideia de que ser *"velho"* é ser doente, pobre, sozinho e separado do mundo (Fernandes, 1997; Filho, 1998).

Para Berger (1995, p.6) *"o envelhecimento é um processo contínuo que leva ao estado de velhice"*, estando, por isso, estes dois termos relacionados. Desta forma, podemos entender o envelhecimento como um processo iniciado aquando da concepção e tornando-se visível na velhice através da acumulação das *"rugas"* físicas, mentais e sociais da idade.

O envelhecimento pode ser encarado como um processo dinâmico-progressivo marcado por modificações a nível dos processos funcionais, psicológicos, morfológicos e bioquímicos, modificações estas que levam à perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio que o envolve, tornando-o mais susceptível a uma maior diversidade de processos patológicos que podem conduzi-lo à morte (Robert, 1994).

No processo de envelhecer são universais e inevitáveis as alterações graduais, físicas e psicológicas, do corpo e da mente, que terminam em morte. Estas, não acontecem na mesma proporção no todo, nem são devidas a doença ou acidente, mas são influenciadas pelo grupo social e cultura nos quais os indivíduos crescem e envelhecem (Duncan, 1995).

O envelhecimento *"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"* (Robert, 1995, p.7).

Rose (1991), citado por Matos e Avelar (2000, p.5), define o envelhecimento como *"a deterioração endógena, irreversível, das capacidades funcionais básicas do organismo"*.

Para Hall, MacLennan e Lye (1997) o envelhecimento é considerado como a perda de capacidade do organismo de se adaptar aos factores de stress, quer eles sejam internos quer externos.

*"Fala-se correntemente do envelhecimento como um estado que qualificamos como «terceira idade» ou «quarta idade». Não obstante, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial"* (Fontaine, 2000, p. 19).

Segundo Lidz (1983) citado por Fernandes (2000) o envelhecimento caracteriza-se por três fases sucessivas em que o idoso pode não chegar a atingi-las todas, ou, pelo contrário, atingi-las em simultâneo.

A primeira fase denomina-se idoso. Nesta fase não existem grandes alterações orgânicas, as modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma. O indivíduo ainda se considera capaz de satisfazer as suas necessidades.

A segunda fase é designada por senescência. Ocorre no momento ou quando o indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física, ou de outra natureza, que o levam a ter de confiar nos outros, o que corresponde a uma velhice avançada.

A terceira fase denomina-se senilidade. Aqui, o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação e o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados completos.

O envelhecimento é um fenómeno perfeitamente natural e banal. Laganière (1987), citado por Berger (1995) refere que *"O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta. Mas a senescência não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico actualmente conhecido"* (Berger, 1995, p. 124).

Ainda não são totalmente conhecidos os diversos factores que interferem no processo de envelhecimento, nomeadamente os factores genéticos. Todavia, sabe-se que o sexo e a raça influenciam a longevidade. Para além destes factores, há também a considerar que o envelhecimento é influenciado por factores externos ou ambientais, sócio- económicos e profissionais (Ferreira e Alba 1985; 1986), citados por (Santos 1995).

Podemos considerar que envelhecer é conservar a maturidade adquirida apesar da diminuição das funções cognitivas e principalmente pela diminuição do papel social. Aqueles idosos que ao atravessar este período se conseguem manter

relativamente activos e com os seus valores íntegros são bem sucedidos, dado que quem soube viver também deve saber envelhecer.

## 2.1 - TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Para explicar o fenómeno multidimensional do envelhecimento foi surgindo ao longo dos anos um vasto leque de teorias biológicas, psicológicas e sociais, algumas aceites, outras rejeitadas, várias delas apenas com valor empírico. No entanto, em todas as teorias está presente que este processo é pessoal, o que faz com que os idosos constituam um grupo heterogéneo de indivíduos.

Biologicamente são várias as teorias que apontam para um disfuncionamento progressivo dos vários sistemas biológicos; Psicologicamente para as perdas cognitivas e sensitivas que surgem ao longo do processo de envelhecimento; Socialmente explicam a influência da sociedade no indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, tendo em conta os factores culturais e sócio-económicos, e as atitudes pessoais de adaptação ou resignação à sua etapa de vida.

Hall, MacLennan e Lye (1997), defendem que qualquer teoria de envelhecimento proposta terá de obedecer a quatro critérios, ou seja, o processo de envelhecimento tem que ser intrínseco, destrutivo, progressivo e universal em relação à espécie.

A teoria que melhor explica o processo de envelhecimento, para estes autores, é *"a do mecanismo do estroma descartável"* que defende que *"muitas características do envelhecimento resultam da incapacidade das células para repararem agressões ambientais diversas"* e que *" a velocidade do envelhecimento depende da variabilidade destes acontecimentos externos, bem*

*como factores reparadores geneticamente determinados*" (Hall, Maclennan e Lye 1997, p.39).

### 2.1.1 - Teorias do Envelhecimento Biológico

Segundo Mailloux-Poirier (1995), nenhuma das definições actuais está cientificamente comprovada e aceite, apesar do envelhecimento ser um fenómeno universalmente conhecido pelos biólogos, cada vez mais se julga, que o envelhecimento, segundo a mesma autora, resulta da *"acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética"* (Mailloux-Poirier, 1995, p.99).

Citando Blass, Cherniack e Weksler (1997), Ferreira (2002, p.29) refere que *"as teorias biológicas de envelhecimento por lesões são baseadas na ideia de que se vão acumulando várias lesões, ou ao nível das moléculas das células, dos órgãos, ou dos organismos individuais até ao ponto do dano causado ser incompatível com a vida"*.

Goldberg, tentou explicar o envelhecimento pela teoria do caos, que diz *"basta uma pequena alteração nas condições iniciais de um sistema, (...) para produzir efeitos imprevisíveis num sistema"* citado por (Robert, 1994, p.329).

O envelhecimento é definido pelos biólogos como um conjunto de mudanças letais que se vão originando no organismo e que vão levar à diminuição da sua sobrevivência. Dentro das teorias gerais existentes para explicar o processo de envelhecimento biológico Mailloux-Poirier (1995), juntamente com outros autores, destaca algumas delas: Teoria imunitária, Teoria genética, Teoria do

erro da síntese proteica, Teoria do desgaste, Teoria dos radicais livres e Teoria neuro-endócrina.

Para a **Teoria Imunitária**, com a idade o sistema imunitário vai sofrer transformações, deixando de reconhecer as suas próprias células, levando à sua destruição e deixando de identificar os organismos invasores. Sendo assim, o sistema imunitário origina uma resposta auto-imune. Estas alterações de imunidade sugerem então que as pessoas idosas estejam mais propensas a doenças infecciosas e neoplásicas.

Segundo a **Teoria Genética** o envelhecimento é um processo definido geneticamente, está biologicamente programado e por consequência a longevidade estaria relacionada com as características genéticas de cada um. É com este fundamento que os investigadores atribuem maior longevidade às mulheres devido ao cromossoma X.

A **Teoria do Erro da Síntese Proteica** diz-nos que alterações da molécula de DNA levam a erros na informação genética, impedindo, a produção de proteínas essenciais à sobrevivência, logo o envelhecimento seria consequência da morte celular.

Já a **Teoria do Desgaste** defende que o envelhecimento se deve à deterioração pelo uso. É comum fazer uma analogia com as peças de uma máquina, em que o desgaste daria azo a anomalias e, posteriormente, à paragem do mecanismo Sacher, citado por Shock (1977), segundo Mailloux-Poirier (1995).

A **Teoria dos Radicais Livres** sugere que a morte celular e o envelhecimento advém da peroxidação dos lípidos provocada pelos radicais livres não saturados, transformando-os em substâncias nefastas que envelhecem as células, de acordo com Harman, citado por Shock (1977), segundo Mailloux-Poirier (1995).

Para a **Teoria Neuro-Endócrina** o envelhecimento deve-se a uma falha/insuficiência do sistema endócrino na coordenação das diferentes funções

corporais. Sendo assim a maioria das funções neuro-endócrinas tende a diminuir com o avanço da idade.

### 2.1.2 - Teorias do Envelhecimento Psicossocial

Dado que as teorias gerais do envelhecimento biológico dizem apenas respeito a alguns aspectos do envelhecimento torna-se imperativo abordar as que realçam outros factores, como os factores culturais e sociais.

O envelhecimento é encarado como um processo interactivo entre o indivíduo, a sua função cognitiva e ambiente físico e social. O envelhecimento no indivíduo não se processa só a nível biológico, também a nível psicológico, e principalmente a nível social (Roach, 2003).

A tendência para se perceber o processo de envelhecimento como universal, decorre do facto de este se inscrever no ciclo de vida natural e biológico inerente à condição de ser humano. Associado a um processo individual de vida, este fenómeno aparece ligado à própria noção de pessoa, que é distinta de sociedade para sociedade. Estando a concepção de pessoa ligada a um ideal do ser social e sendo a categoria de pessoa construída no contexto social de várias formas, então cada sociedade constrói a sua pessoa e, portanto, o seu envelhecimento (Lima et al., 1988).

Têm-se desenvolvido vários estudos em gerontologia social, decorrendo daí algumas teorias:

**Teoria da Actividade:** Segundo esta teoria o idoso deve manter-se activo para obter da vida a maior satisfação possível, manter a auto-estima e assim conservar a saúde. Deve-se procurar na vida novos papéis que nos vão dando maior satisfação, descobrindo novos interesses e pessoas. Esta teoria de Havighurst e Allbrecht (1953), citada por Mailloux - Poirier (1995), foi contrariada por Lemon (s/d) e outros que demonstraram que o grau de satisfação do reformado só era maior quando aumentavam as participações em actividades sociais ou com amigos.

**Teoria da Desinserção:** Esta teoria explicada por Cumming e Henry (s/d) citada por Mailloux - Poirier (1995), demonstra que o envelhecimento é acompanhado por uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Defende que o envelhecimento é um processo de afastamento gradual entre o idoso e a sociedade, permitindo que os mais jovens ocupem os seus papéis de liderança.

**Teoria da Continuidade:** Esta teoria vai fazer a síntese das duas teorias anteriores e ao mesmo tempo consegue contrariá-las. Segundo esta, o idoso mantém os seus hábitos de vida, e as suas preferências. Experiências e envelhecimento fazem parte integrante do ciclo da vida em que o idoso assume compromissos, já que eles fazem parte efectiva da sua personalidade. Esta teoria realça a importância da individualidade de cada pessoa tendo em conta o seu trajecto de vida (Mailloux - Poirier, 1995).

### 3 - VELHICE/IDOSO - QUESTÕES CONCEPTUAIS

*"Quando subimos a uma montanha, a paisagem vai-se desnudando pouco a pouco: finalmente, chegamos ao cume e então há apenas pedras e neve; mas a vista é magnífica.*

*Assim é a velhice".*

Jacques Leclerq (1968)

Não existe uma definição universal da velhice, surgindo uma variabilidade cultural e histórica do valor atribuído à velhice e às posições socialmente reconhecidas aos idosos. O que é afinal ser velho? É questão de físico? É questão de espírito? É ter muitos anos? É a combinação de todos estes aspectos? É diferente *"ser velho"*, *"parecer velho"* e *"sentir-se velho"* (Paúl, 1996).

A velhice pode ser definida como a última etapa de desenvolvimento de um indivíduo, categorizando-a a nível cronológico ou a nível individual dependendo do desgaste bio-psico-social que a pessoa apresenta.

Alguns autores consideram que esta começa entre os 60 e os 65 anos de idade. A OMS admite diferentes **fases de velhice**, tendo em conta o aumento da esperança de vida: **idade madura** (dos 60 aos 69 anos); **idade avançada** (dos 70 aos 89); **grande idade** (a partir dos 89 anos).

A nível individual estes limites são difíceis de definir, pois cada ser humano é único e diferente do outro.

Paúl (1996), refere que existem três tipos de idades, todas elas podendo ser maiores ou menores que a idade cronológica dos sujeitos: **idade biológica**, **social** e **psicológica**.

Segundo esta autora, **idade biológica** é medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação.

A **idade social** refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, mostrando os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento.

A **idade psicológica** refere as capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. Ao ser influenciada pelos factores biológicos e sociais envolve capacidades como memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e emoções, para exercer controle comportamental ou auto-regulação (Paúl, 1996).

A velhice também constitui um «momento fisiológico» dos seres vivos tal como a fecundação, a embriogénese, o nascimento, o crescimento, a maturação e a reprodução. E a velhice e a morte são dois tempos que concluem esta sequência (Rufié, 1987). Ou seja, é um fenómeno normal, que representa uma fase da vida em que as capacidades e resistências físicas vão gradualmente diminuindo, com um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, havendo uma maior susceptibilidade a processos patológicos. No entanto, a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica (Paúl, 1996).

Também Berger (1995) é de opinião que, *"Nem tudo o que se liga à velhice é necessariamente nefasto ou desastroso. A saúde não desaparece automaticamente com a chegada da velhice, que não é sinónimo de doença ou handicap (...). A velhice e a saúde são mais processos evolutivos do que estados"* (Berger, 1995, p.123).

*"A velhice deveria ser encarada como mais uma etapa da vida, etapa que pode e deve ser significativa. Há idosos que agem assim e alcançam um equilíbrio imenso."*

*Mas a maioria fica à cata de um sentido (ou um novo sentido) para a sua vida” (Netto, 2002, p.41).*

Já para Santos (1995, p.39), *“A velhice é um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos. É o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado. É o momento de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens. É a oportunidade de «deitar contas à vida», como sujeito activo, agente válido do imediato, que pensa e quer continuar a intervir na construção de uma sociedade melhor, combatendo a insolidariedade e desrespeito”.*

A construção social do conceito de velhice tem por base os valores de cada sociedade. Actualmente, a concepção corrente identifica a velhice com a imagem de *“muita idade”* e de inactividade. A nossa sociedade de consumo insiste em catalogá-los de *“inúteis”*. Aparentemente, é como se a experiência de cada indivíduo na resolução dos problemas e no impacto afectivo atribuído às soluções de sucesso/insucesso deixasse de se realizar apenas pelo facto de se chegar à *“terceira idade”* (Vaz, 1998).

A velhice é uma fase da vida com tantos desafios como qualquer outra, e apresenta reclamações e exigências às quais devemos dar resposta.

*“Idoso”* significa pessoa com bastante idade, é sinónimo de *“velho”*. O termo *“Velho”* tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos, tendo vindo a ser substituída pela palavra idoso. Isto porque, a palavra *“velho”* era conotada com uma carga negativa, ligada à imagem de *“enfermo”* e de *“limitado”*. Do mesmo modo, a expressão *“3ª idade”* passou a ser utilizada nas sociedades ocidentais como alternativa à palavra *“velhice”*, que surge imbuída de conotações negativas e preconceituosas à semelhança da palavra *“velho”* (Lima, et al, 1988).

O termo idoso não descreve somente indivíduos mas é utilizado como um adjectivo colectivo, uma vez que, os indivíduos identificados como idosos percebem-se como tal. No entanto, os termos alternativos usados, deixam transparecer uma conotação negativa servindo uma vez mais, para estigmatizar um grupo - os idosos, e um processo - o envelhecimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera os idosos a população com 60 ou mais anos, o Conselho da Europa (CE) e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) consideram todos os indivíduos com 65 ou mais anos.

A definição cronológica de idoso, a que mais prevalece, refere-se a todo o indivíduo que atingiu os 65 anos de idade. Esta, tem um cariz formal e burocrático, tornando-se uma construção social, onde a maioria dos serviços sociais e dos recursos públicos que estão disponíveis para a pessoa idosa se baseiam. O impacto desta definição burocrática, no destino da pessoa idosa, não deve ser subestimada, uma vez que determina a sua situação económica, o seu relacionamento para com os outros e a sua auto-imagem (Melo, 1998).

Paúl (1994), refere que geralmente se aceita subdividir os idosos em três grupos, designados por *idosos jovens* os que têm entre 65 e 74 anos, *os idosos* os que têm entre 75 e 84 anos e os *muitos idosos* os que possuem mais de 85 anos.

Carvalho (1989), dividiu os idosos em Portugal em grupos por idade cronológica:

A 3ª idade, os velhos Jovens, 65-75 anos;

A 4ª idade, os velhos Velhos, acima de 75 anos;

Os velhos muito velhos, acima de 85 anos;

Os Ultra-Velhos ou os centenários

Autores como Piedrala (1991), defendem que a *3ª idade* começa com a reforma, quando a pessoa se desresponsabiliza do trabalho e fica profissionalmente desactivada, mais disponível para outros interesses, para os amigos e família e começa a viver o período de aceitação à reforma.

A *4ª idade* inicia-se quando a pessoa idosa deixa de ser autónoma devido a uma situação de dependência, com problemas graves de saúde que pode implicar recurso e permanência em instituições.

Na fase seguinte, o idoso perde o interesse por tudo à sua volta e, descomprometendo-se, fica à espera da morte. Mas este período pode ser muito curto. Uma questão de dias ou poucos meses.

Para Berger (1995, p.6), *“Os idosos são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. A velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes. As pessoas de idade, são adultos maturos em contínua mudança”*.

### 3.1 - NECESSIDADES DE SAÚDE DO IDOSO

Os idosos são o grupo populacional que mais cuidados de saúde consome, tanto pela vulnerabilidade inerente ao processo de senescência, como pelos inadequados mecanismos de suporte existencial e social.

São os maiores consumidores de cuidados de ambulatório, domiciliários e hospitalares: maior número de consultas, mais visitas domiciliárias, maior consumo de medicamentos bem como maior ocupação de camas no internamento, tornando a organização e a prestação de cuidados de saúde aos idosos um problema preocupante e oneroso (Costa, 2002).

Ainda segundo a mesma autora, as soluções universais que os sistemas de saúde tendem a criar para o enquadramento dos problemas dos idosos, têm sido dificultadas pela especificidade dos mesmos, de tal forma que a criatividade e a inovação na construção de soluções será um desafio para as sociedades actuais.

Pelo acentuado envelhecimento da população, as medidas no âmbito das políticas de saúde, juntamente com o papel e as práticas dos profissionais de gerontologia, têm sido alvo de atenção para os apelos a novas formas de agir e ver a população idosa. É imperativo saber cuidar e intervir numa abordagem holística, integradora, dignificante e humanizada, respondendo assim de forma mais adequada às necessidades do idoso (Costa, 2002).

Os cuidados dos idosos inserem-se num quadro de identificação e reconhecimento das suas necessidades, centrando a observação na avaliação das suas capacidades e recursos individuais e familiares. Deste modo, estão conjugados um conjunto de factores e preocupações que justificam uma reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao idoso (Pereira, 2001).

A transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos fazem com que a pessoa corra cada vez mais risco de doença e de desequilíbrio funcional, o qual pode causar danos dificilmente recuperáveis e por vezes até fatais para o idoso. O equilíbrio é um jogo constante entre as necessidades biológicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais e requer uma avaliação global, feita por uma equipa multidisciplinar, capaz de fazer prevenção primária, secundária e terciária (Costa, 1998).

Segundo a OMS, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a manutenção das capacidades funcionais do idoso deve ser um objectivo dos profissionais de saúde. *“...tão importante como a actuação curativa é a destinada a aliviar os défices funcionais, a reeducar as funções diminuídas, a aliviar a dor, a manter a*

*lucidez, o conforto e a dignidade do idoso, ajudando-os a reorientar as suas esperanças e planos”* (Correia, 1994, p.27).

*Muitas vezes o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis e dependentes* (Berger, 1995, p.24).

Os grandes problemas identificados pelo idoso não são tanto as doenças mas sim outras componentes que determinam a sua qualidade de vida: perda de cônjuges, amigos e de contactos familiares e sociais; baixos rendimentos e/ou suporte social; solidão e perda de autonomia (Ermida, 1995).

O idoso o que mais aprecia nos cuidados prestados é a relação interpessoal: a consideração, a amizade, a paciência, a cortesia, o respeito e a sinceridade (Costa, 1998). O que nos leva a reflectir sobre a importância que um simples olhar nos olhos, o apertar as mãos, o sorrir, o comunicar e escutar, tem na qualidade de vida do idoso.

De acordo com Cicurel, citado por Fernandes, (1997), paralelamente ao crescimento da quantidade de pessoas idosas coexiste um melhoramento da sua qualidade e, neste seguimento, prevê-se que os idosos do futuro estejam melhor preparados, em termos de saúde, para enfrentarem a longevidade, enquanto que os idosos de hoje são somente *“reparados”* pela medicina.

Tem-se verificado uma mudança de atitude a nível político e administrativo de forma a garantir os direitos dos cidadãos, que levou à aprovação de um conjunto de direitos dos idosos pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em que consideram o primeiro desses direitos – o **ser idoso**- onde é garantido o respeito pela identidade individual em todas as circunstâncias no quadro de mudanças que a cronobiologia impõe. As políticas de saúde, com avanços e recuos, têm progressivamente honrado o direito dos idosos à saúde (Costa, 2002).

Carapinheiro (1990), refere-se a Políticas Sociais e de Saúde dos idosos, como sendo *“um sistema de medidas intersectorialmente definidas, planeadas,*

*executadas e avaliadas, adequadas face à evolução dos problemas dos idosos e que têm em vista a promoção da qualidade de vida; contudo, os seus significados nem sempre são iguais, pois estas medidas são por vezes decisões avulsas, à mercê de clientelas políticas e determinadas por acontecimentos/factores situacionais” (Costa, 2002, p.32).*

É através do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2004) que se recebem linhas orientadoras a fim de implementar estratégias que contribuam para a obtenção dos ganhos em saúde dos portugueses, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença.

Dos programas implementados pelo Plano Nacional de Saúde em Portugal há que realçar entre outros o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Para atingir as metas preconizadas, por este plano, é necessário que exista um espírito de iniciativas a fim de mobilizar esforços e vontades e garantir o sucesso do mesmo.

Este Plano é um guia para a acção e mudança, onde estão implícitos valores orientadores, dos quais salientamos a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade, bem como a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados.

Para melhorar o estado de saúde dos portugueses, é necessário promover mudança de cultura, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização.

O papel dos agentes de educação para a saúde é de extrema importância para a implementação das mudanças necessárias a um bem estar global do indivíduo da família e da comunidade. Trata-se de uma nova cultura, centrada no cidadão, e que deve ser implementada na área da saúde.

Passamos então a citar algumas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde dirigidas à prestação de cuidados ao idoso, implementadas pela DGS (2004), onde se preconiza mais saúde para todos nos anos 2004 a 2010.

## *“UM ENVELHECIMENTO ACTIVO*

### *Situação actual*

#### *Cuidados inadequados às necessidades dos idosos*

- *Não se faz, a nível dos cuidados de Saúde Primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos.*
- *Os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiadas por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais).*
- *Regista-se também insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos no domicílio e dificuldades na equidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a internamentos evitáveis ou em locais não adequados.*
- *Verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados aos idosos, tendo em conta que muitos determinantes estão fora do sector da saúde.*

#### *Insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência*

- *Sai-se do mercado de trabalho sem planeamento de actividades alternativas e cai-se no isolamento físico e psicológico e na perda de relações sociais surgindo a depressão e o suicídio.*
- *Muitos idosos vivem “acamados” e “sentados em cadeira de rodas, quando poderiam ser autónomos.*
- *A esperança de vida, sem incapacidades, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da união Europeia, devendo-se, entre outros determinantes, à pouca prática de actividade física regular.*
- *É indispensável uma maior atenção às particularidades em função do género (as mulheres vivem mais anos que os homens, mas o sexo feminino tem uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais reduzida que o sexo masculino).*
- *Está a aumentar a violência, o abuso e a negligência sobre os idosos.*

### Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência

- As pessoas com défices auditivos, visuais, etc., não têm ambientes acessíveis e estimulantes, registando-se conseqüentemente uma grande frequência de acidentes com idosos (quedas, traumatismos, atropelamentos).

### **Orientações estratégicas e intervenções necessárias**

#### Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos

- Será implementado e avaliado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- Investir-se-á na identificação das dificuldades mais frequentes no acesso aos serviços e cuidados de saúde.
- Investir-se-á na informação da população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes, medidas de prevenção de quedas e sobre o envelhecimento activo.
- Investir-se-á na actuação especial às situações de maior vulnerabilidade, com a idade avançada, alterações sensoriais, A.V.C., doença crónica, depressão, isolamento, demência, desnutrição, escaras, risco de quedas, incontinência, polimedicação, hospitalização, etc..
- Aumentar-se-á a cobertura da vacinação contra a gripe e os cuidados de reabilitação.
- Articular-se-ão os serviços de saúde com o sistema de cuidados continuados

#### Actuar sobre determinantes de autonomia e independência

- Identificar-se-ão os critérios de fragilidade da população idosa, através do Exame Periódico de Saúde.
- Procurar-se-á a generalização e prática do conceito de envelhecimento (informar, encorajar para a prática de actividade física moderada regular, para a estimulação da função cognitiva- memória- para o incentivo de uma boa nutrição, bem como para a adopção de comportamentos saudáveis e para a vivência de uma reforma activa), tendo em conta as diferenças relativas à idade e ao género.

*Promover e desenvolver ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos*

- *Informar-se-á a população alvo e orientar-se-ão tecnicamente os profissionais de saúde quanto à detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas.*
- *Capacitar-se-ão os profissionais de saúde para detectar e encaminhar, adequadamente, situações de violência, abuso ou negligência.*
- *Recorrer-se-á cada vez mais a tecnologias e serviços favorecedores de apoio e de segurança (por exemplo, o serviço de telealarque).*
- *Articular-se-ão melhor os cuidados de saúde com grupos de apoio da sociedade civil e com serviços prestados por outros ministérios.*

*Settings Prioritários*

- *Os settings a privilegiar, nesta fase do ciclo de vida, incluem: a família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais; os lares de idosos, capacitando-os para a manutenção da funcionalidade, autonomia e independência; os centros de saúde e hospitais, promovendo a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios; as medidas de cuidados continuados, promovendo a prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação globais em internamento, em ambulatório e no domicílio" (DGS, 2004, p.33-35).*

Estando os enfermeiros ao serviço da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, cabe-lhes chamar a si, a responsabilidade de cuidar dos que estão "*(...) doentes, diminuídos ou que sofrem deficiências ligadas à idade, concretamente os idosos, a desenvolverem todas as suas possibilidades vitais e assegurar o seu acompanhamento até ao fim da sua existência (...)*" (Silva, 1995, p.33).

Então é suposto, da parte dos profissionais, uma adequada preparação para a compreensão do envelhecimento humano e suas implicações globais, dado tratar-se de uma problemática que, cada vez mais, exige uma maior atenção e intervenção, a fim de que as necessidades e expectativas desta população sejam satisfeitas (Pereira, 2001).

A mesma autora, refere que os novos desafios que agora se colocam aos profissionais de saúde, pela sua complexidade e dinâmica multifactorial exigem uma postura e gestão diferenciada da profissão de enfermagem, no sentido de uma actualização das práticas, do acesso a informação e educação permanente essencial à *“... desmistificação de preconceitos acerca da velhice e do ser velho e das necessidades em relação a camadas mais jovens da população, assim como ao entendimento dos comportamentos de desvalorização, marginalização e rejeição de que os idosos são muitas vezes objecto por parte da sociedade”* (Bernardo, 1994, p.61).

### 3.2 - IDOSO NA FAMÍLIA

Definir “família” é uma tarefa bastante complexa, devido à grande diversidade que norteia a sua constituição, pelo que corremos o risco de a espartilhar em princípios e valores não condizentes com a sociedade de pertença, ao aceitarmos uma definição universalizada.

Das várias definições atribuídas à família, algumas dizem respeito à sua tipologia como família favorecida, família desfavorecida e família com problemas múltiplos. Outras referem-se antes à estrutura familiar como família nuclear (biparental ou monoparental) e família extensa.

Para Rebelo e Agostinho (1998, p.6), a família é definida como *“um conjunto de pessoas, frequentemente mas não necessariamente, relacionadas pelo sangue ou casamento, que vivem na mesma casa, com o compromisso mútuo de cuidarem uns dos outros ao longo do tempo”*.

Manley (1989, p.13), diz-nos que Smilkstein, define família como *“(...) uma unidade básica da sociedade, cujos membros estão motivados para cuidarem uns dos*

*outros, tanto física como emocionalmente*". Esta definição identifica-se com a nossa preocupação ao considerar a família como unidade básica responsável pela saúde dos seres que a compõem. A ela se imputa o dever de conhecer o valor individual de cada um dos seus membros, de modo a proporcionar-lhe um desenvolvimento harmonioso e de lhe assegurar o máximo bem estar, cujo equilíbrio resulta da interacção com a sua estrutura de base.

A família constitui um sistema, em todo o sentido da palavra, uma vez que é formada por um conjunto organizado de elementos que se relacionam e interagem entre si, de tal maneira que qualquer acção, alteração ou mudança num deles vai reflectir-se em todos os outros e vice-versa. Este sistema tem como fim garantir o desenvolvimento e bem estar dos seus membros.

Segundo Quaresma (1992), em Portugal as famílias prestadoras de cuidados aos seus membros constituem um espaço e um modelo de solidariedade. A decisão da família ou de um seu elemento em contribuir para a manutenção do seu parente em situação de dependência no seu domicílio é um ponto comum. A mesma autora refere que a família, nas suas diferentes formas, constitui um elo no sistema de cuidados aos seus membros dependentes, exercendo assim uma competência naturalmente atribuída e desempenhando um papel de inestimável valor social. Nesta perspectiva, a resposta às necessidades específicas enquanto componente geradora de protecção social deve ser entendida não como sobrecarga do sistema, mas sobretudo como input do próprio sistema.

Alargar e diversificar o esquema de protecção social é contribuir para a melhoria da eficácia do sistema de cuidados disponíveis numa comunidade. Nesta linha Gomes et al (1998), são de opinião que o facto de o familiar cuidador pretender evitar a colocação do seu familiar num lar justifica todo o esforço necessário.

O envolvimento dos familiares nos cuidados a prestar no domicílio proporciona e mantém o direito que a família tem de estar unida, podendo proporcionar conforto e tranquilidade a ambos.

As mesmas autoras referem que os familiares que apoiam o seu parente dependente em casa fazem-no prioritariamente pelo facto de valorizarem a pessoa de quem cuidam. Assistindo às necessidades do seu familiar, o prestador de cuidados encontra gratificação e significado no seu relacionamento. Cuidar do seu familiar fá-lo sentir-se útil e bem consigo próprio.

Assim sendo, a integridade do sistema familiar e o padrão das relações familiares possuem um valor terapêutico quando constituem um factor de protecção relativamente aos processos de doença dos seus membros, sendo essa uma das principais funções da família normal.

Nos meios mais tradicionais quer sejam populares ou, pelo contrário muito abastados, domina o "dever" de solidariedade e de entreaajuda na rede familiar, dever esse que está, muitas vezes, na origem da sensação de "prisão", de controlo da vida privada e da solidão. Noutros meios culturalmente mais ricos, a norma de integração já não é a obrigação mútua e incondicional da rede familiar, mas a autonomia dentro da rede de amizades. Embora a importância do parentesco na rede seja menor, não deixa de estar presente e de desempenhar o papel de apoio incondicional, sabendo que o dever de reciprocidade no círculo familiar é cada vez menos uma obrigação (Martin, 1997).

Por constituir uma fonte de apoio social para os seus membros, a família converte-se num potencial recurso de primeira linha para o autocuidado.

Na opinião de Moreira (2001), a experiência de cuidar implica alterações na dinâmica familiar, pois o doente passa a ser o centro das atenções, o que implica mudanças significativas, nomeadamente de residência ou modificações na sua própria habitação e a perda temporária ou permanente de emprego. A unidade familiar sofre uma ruptura do estilo de vida, da privacidade e dos rendimentos.

Ainda segundo a mesma autora os cuidadores sentem dificuldades na acessibilidade aos recursos sócio-económicos, falta de informação e ambiguidade na sua transmissão por parte dos profissionais de saúde. Quando as famílias são incapazes de se adaptarem pode existir uma confusão de papéis, conflitos e sentimentos de isolamento que vão comprometer significativamente os esforços de ajuda.

Para evitarmos este cenário Megías (1994, p.6), apela para que *"o enfermeiro trabalhe com a família e desde a família"*.

Segundo este autor a visita domiciliária é um processo que favorece um seguimento directo dos cuidados prestados pelos familiares. A partir dela pode avaliar-se a eficácia da intervenção dos profissionais de saúde e dos cuidados prestados pela família a si mesma.

Dar continuidade aos cuidados prestados ao domicílio supõe manter um apoio constante em momentos críticos e um seguimento periódico como actividade preventiva e de detecção precoce de outros problemas. Para a continuidade de cuidados no domicílio, além dos cuidados de saúde, são também necessários outros apoios de carácter técnico e social, pelo que é fundamental o enfermeiro ter conhecimento da sua existência, saber como se mobilizam, dá-los a conhecer às famílias para que estas possam utilizá-los.

Para que a família possa cuidar adequadamente do seu familiar, necessita de ser apoiada, não só directamente na prestação dos cuidados, mas igualmente ao nível de informação. É necessário ajudar as famílias, quer nos conhecimentos que não

têm, quer a enfrentar a realização de mudanças necessárias ao desenvolvimento das suas actividades de vida diária. A carga familiar pode tornar-se demasiado pesada e o enfermeiro terá que intervir (Moreira, 2001).

#### 4 - SER ENFERMEIRO

" A minha capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como pessoa independente, mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi"

Carl Rofers (1974)

A enfermagem tem denotado uma evolução nestes últimos anos quer ao nível da sua formação de base, quer a nível da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, dignificando deste modo o papel desempenhado pelo enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde.

Sem se limitar exclusivamente a uma única teoria ou modelo conceptual, o enfermeiro mobiliza os seus saberes vastos, as suas referências e estimula a sua criatividade, com o objectivo de cuidar de uma forma global. Inerente ao processo de cuidar subsiste a capacidade que possibilita estabelecer relações com os outros, através de um conjunto de ferramentas que lhes permitem praticar a sua arte e realizar cuidados adequados a cada situação (Hesbeen, 1997).

Ainda segundo o mesmo autor, para além do desenvolvimento das competências de natureza técnica, é necessário imprimir dinamismo às competências de natureza relacional, pois o núcleo da profissão de enfermagem inscreve-se nas relações interpessoais sendo os cuidados de enfermagem um conjunto de acções interpessoais consubstanciadas por um conjunto de competências.

Tal como afirma Collière (1989, p.293), *"(...) o processo de cuidados de enfermagem (...) situa-se numa encruzilhada de um sistema de troca, (...) e não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram (...) sendo um processo de descoberta, elucidação e acção (...)"*.

Sendo a finalidade do exercício de enfermagem ajudar o outro que necessita, o enfermeiro deve estar atento e desenvolver todos os conhecimentos com vista a detectar o sentido da informação emitida pelos utentes e ser capaz de a gerir e utilizar para o benefício deste (Pereira, 2001).

Das acções e do encontro que se estabelece entre o enfermeiro e os utentes, devem ser criados laços de confiança no respeito pela pessoa cuidada. Estes laços pressupõem que o enfermeiro se relacione sem hostilidade ou distanciamento, antes seja caloroso, que saiba escutar serenamente os problemas e necessidades do outro, disponibilizando-se a estar presente quando o outro dele necessita e sem pressas, adequando a sua postura, simplicidade de linguagem e de humildade reveladoras de uma consciência das limitações, numa base de autenticidade, de humor e de compaixão (Hesbeen, 1997).

Assim, e baseado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Artigo 4.º):

- No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.
- O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.
- Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

A Secção II – do Código Deontológico do Enfermeiro nos Artigos 78.º a 92.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, fala-nos dos Princípios Gerais dos Deveres Deontológicos em geral:

- 1) Do dever para com a comunidade;
- 2) Dos valores humanos;
- 3) Dos direitos à vida e à qualidade de vida;
- 4) Do direito ao cuidado;
- 5) Do dever de informação;
- 6) Do dever de sigilo;
- 7) Do respeito pela intimidade;
- 8) Do respeito pelo doente terminal;
- 9) Da excelência do exercício;
- 10) Da humanização dos cuidados;
- 11) Dos deveres para com a profissão;
- 12) Dos deveres para com as outras profissões;
- 13) Da objecção de consciência;

#### 4.1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA

Cuidar, é uma das mais “velhas” experiências da história da humanidade, algo de universal e de todos os tempos. Desde que o homem apareceu na terra que houve necessidade de cuidar. *“Desde que existe a vida existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”* (Collière, 1989, p.27). Sendo algo inerente à vida e à relação humana, o cuidar mais do que um comportamento inato, é um valor que determina a forma como cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros (Collière, 1989).

O cuidar, embora não sendo exclusivo dos enfermeiros, esteve sempre ligado às práticas de enfermagem, constituindo a sua essência. *“Velar, cuidar, tomar conta, representam actos que tem por função manter a vida. O cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem”* (Collière, 1989, p.29).

A enfermagem é uma profissão essencialmente feminina por isso a história da enfermagem está intimamente ligada aos diversos papéis que foram atribuídos à mulher ao longo do desenvolvimento das sociedades a quem coube a tarefa de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes, em que o objecto principal dos cuidados era o corpo. No entanto, estes cuidados representavam a resposta às necessidades vitais indispensáveis à sobrevivência da pessoa mas não existia qualquer definição de conceitos, valores e parâmetros de intervenção.

A profissão de enfermagem foi sofrendo evolução onde a identificação das práticas dos cuidados numa primeira fase ligadas à mulher, passando à mulher consagrada até à mulher enfermeira auxiliar do médico – do início do séc. XX ao fim dos anos sessenta (Collière, 1989).

Florence Nightingale em 1859, considerada a pioneira da enfermagem moderna, inicia um percurso reflexivo dando a conhecer que a prática dos cuidados tem que ser baseada na reflexão, a fim de se poder desenvolver um domínio de conhecimento próprio da disciplina de enfermagem.

São criadas nesta época as primeiras escolas de enfermagem que permitem a primeira conceptualização, onde o cuidar é considerado como algo humano e profundo, e que para tal havia a necessidade de um saber técnico, associado a outras competências fundamentais tais como: relacionais, suporte e apoio, substituição e ajuda (Collière, 1989).

Acompanhando as mudanças da sociedade e com os avanços tecnológicos e científicos a profissão de enfermagem passou por várias evoluções. O aumento do conhecimento científico da ciência médica implica um maior conhecimento das

doenças; a enfermagem passa a valorizar mais o diagnóstico, os sinais e sintomas; com o aparecimento e valorização das Ciências Humanas, Sociologia, Antropologia e Psicologia, a enfermagem passa à valorização da pessoa de uma forma global, enfatizando a dimensão do cuidar. Nesta dimensão a enfermeira Virgínia Henderson tem um papel importante no desenvolvimento de modelos de cuidar onde valorizam a relação interpessoal e a individualidade da pessoa humana e explicam aos enfermeiros as suas intervenções, indo de encontro à pioneira da enfermagem Florence Nittingale.

*"De Nightingale (1859) a Henderson (1961, 1969) a procura da especificidade do conteúdo da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma, relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico próprios; e a outra, com exigências de competências relacionais, tidas como essenciais: uma atitude de ajuda e substituição do utente"* (Ribeiro, 1995, p.13-14).

Hoje em dia coloca-se um enorme desafio à profissão de enfermagem que consiste em *"quebrar as velhas ligações com a preocupação com os procedimentos técnicos, factos isolados, definições rígidas, com o puro racionalismo e desenvolver o estudo do saber-ser numa relação profissional marcada pelo cuidar como contributo próprio da enfermagem para a sociedade"* (Watson, 1988, p. 2).

Sabemos que a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar, para **Cuidar de Pessoas**, sendo considerada e reconhecida como uma profissão cujo centro está na inter-relação entre aquele que cuida e a pessoa que é cuidada (Gaut, 1991).

Centra-se sobretudo na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa/família/comunidade consoante as necessidades de quem é cuidado. Para tal a prestação deve ser individualizada, valorizando as diferenças existentes entre as pessoas estabelecendo uma interacção que leva à compreensão do outro

na sua singularidade e com uma visão holística nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual).

Ao reconhecer a pessoa na sua forma particular de interagir, o enfermeiro, para além de ter em conta as necessidades também se apercebe das limitações e potencialidades da pessoa que cuida, pelo que focaliza a sua acção na ajuda que lhe presta, de modo que a pessoa mantenha, readquira ou desenvolva equilíbrio nas e entre as suas diferentes dimensões (Moniz, 2003).

Nem sempre o cuidar em enfermagem tem por base uma visão holística, adoptando um modelo que tem como objectivo essencial a cura da doença, e é entendido como "(...) *um modelo que vê o Homem como uma máquina, que possui um conjunto de peças que necessitam ser tratadas e curadas quando se avariarem*" (Gândara et al., 1994, p.40). Falamos do modelo biomédico, que estando sempre associado a uma conotação negativa, no qual os profissionais individualmente não se revêem neste modelo, mas as suas práticas contrariam essa percepção: - Eu nunca presto cuidados assim, mas sim o outro é que pratica o modelo bio-médico!!. Quando a responsabilidade da saúde é atribuída unicamente aos profissionais de saúde, fazendo crescer sentimentos de onipotência "*tentar a cura é tão importante que todos os actos são legitimados por mais desumanos que sejam*" (Gândara et al., 1994, p.40).

"*Todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver*" (Lazure, 1994, p.7), pelo que, neste sentido, a enfermagem é reconhecida e integrada nas profissões denominadas de "ajuda", sendo na relação com os outros que satisfaz os seus objectivos (Roach, 1993).

A qualidade de vida dos idosos implica uma reflexão sobre os conceitos que orientam toda a nossa prática, no que se refere ao sentido que atribuímos a estes doentes, à vida e aos valores que defendemos ou não.

A diminuição da autonomia e a resignação perante a doença tem como consequência uma atitude paternalista por parte dos técnicos de saúde, com tendência a menosprezar a capacidade de decisão do idoso.

É necessário ajudar o idoso, a família e a sociedade a encarar a velhice como um processo natural, aceitando os seus problemas físicos e as suas limitações. É importante que o idoso se sinta responsável na procura do seu bem estar, o que levará a adopção de atitudes e estilos de vida saudáveis (Roach, 2003).

Para Queré (1991), citado por Carvalho (1996, p.50), *"a enfermagem desenvolve as suas actividades e procura ter sempre presente o pensamento de Kant, age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim e nunca simplesmente como um meio"*.

O enfermeiro que lida com idosos é por norma humano, criativo e estabelece fortes relações de confiança com eles e suas famílias.

Os cuidados de enfermagem gerontológicos, fundamentam-se numa orgânica humanista e o idoso tem direito a usufruir dela de uma forma mais permanente e activa.

A definição de cuidar para Oraison (1967), é muito adequada ao indivíduo idoso, cuidar é ajudar a viver, citado por Collière (1989).

Neste contexto, o grande objectivo do enfermeiro, será promover ao máximo a independência dos indivíduos idosos, respeitando a individualidade de cada um, inserido numa família e numa comunidade específicas.

Os idosos requerem uma maximização dos recursos de saúde, sociais e humanos para lhes ajudar a manter a autonomia, auto estima, valorização e individualidade.

O enfermeiro respeita a dignidade humana do idoso em vida e durante o seu caminhar para a morte.

Para Bebb (1987), citado por Ribeiro (1995), ninguém duvidará que na relação enfermeiro/utente, o tempo para escutar e conversar com os utentes é fundamental para uma comunicação eficaz.

Para Ramos (2004), a comunicação, é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode ser um bom avaliador da qualidade dos mesmos. Uma boa comunicação entre os técnicos de saúde e o doente, evidenciam benefícios significativos, no estado de saúde geral do doente e na sua capacidade de adaptação aos tratamentos.

*"A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente"* (Ramos, 2004, p.298). Como refere esta autora, quando não há o reconhecimento destas necessidades, o não saber "escutar", quando a informação sobre a doença do utente/doente não se dá, ou é insuficiente, imprecisa, inadequada ou ainda demasiado técnica, surgem certamente consequências, como o aumento do sofrimento, ansiedade, stresse, insegurança, dificultando a adaptação psicológica à doença, provocando também, insatisfação e descrença em relação aos profissionais de saúde, fazendo com que a adesão, às medidas de prevenção e aos tratamentos sofra uma diminuição.

Sendo a comunicação um fenómeno social complexo, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível que se realiza num determinado contexto e que influencia o comportamento, é um conceito integrador, em que a base é, sobretudo, a relação que se estabelece entre os indivíduos (Ramos, 2004).

Segundo a mesma autora, o contexto que determina a comunicação, envolve as relações que unem as pessoas que comunicam e constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interacção (Ramos, 2004).

As representações de saúde, de doença e crenças, variam segundo os indivíduos, grupos culturais, classes sociais, culturas, etc., porque *“os nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política exercem influência sobre as nossas percepções”*. Por vezes *“os indivíduos de culturas diferentes podem desenvolver percepções sociais diferentes e atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podendo originar incompreensão mútua e dificuldades na comunicação”* (Ramos, 2004, p.300).

Os enfermeiros reconhecem a importância que se tem no estabelecimento de relações terapêuticas mais eficazes, na sua actividade do cuidar, tendo por base estrutural o processo de comunicação utilizado.

Os problemas de comunicação estão muitas vezes relacionados com problemas e disfuncionamentos ao nível relacional e psicológico (Ramos, 2001).

*“Uma parte da insatisfação dos utentes/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde em geral”* (Ramos, 2004, p.298).

A comunicação engloba a identidade da pessoa, que transporta a sua cultura, as suas vivências, a sua personalidade, o que, dependendo do contexto, faz o acto de comunicar construir o mundo social dos comunicadores. Estes ao comunicarem através dos significados trocam ideias, sentimentos e emoções, tornando a comunicação um comportamento básico nas relações humanas em geral.

O processo de comunicação poderá efectuar-se num clima de relativa compreensão, entre os indivíduos que partilham o mesmo universo de significações, de representações, de crenças, por exemplo, sobre a saúde e doença, mas quando este universo, não é partilhado poderão colocar-se vários

problemas na origem de muita incompreensão, preconceitos e estereótipos e a comunicação estabelece-se com mais dificuldade (Ramos, 2004).

Ao cuidar do idoso, os enfermeiros necessitam sempre de ser capazes de os escutar e simultaneamente ter consciência da sua própria concepção de envelhecimento.

A pessoa é tida como um todo que é superior à soma das suas partes e o enfermeiro tem a responsabilidade de considerar o conjunto dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do utente.

Numa visão integral do cuidar, poderá ocorrer o desequilíbrio entre as habilidades técnicas e as comunicativas. Se tal suceder surgirão certamente dificuldades no cuidar. Com frequência os utentes verbalizam aos próprios enfermeiros que *«estão sempre demasiados ocupados nas suas tarefas e não têm tempo suficiente para escutá-los»*.

É básico respeitar a individualidade do utente, mais ainda quando ele é o indivíduo idoso, portador de uma rede problemática específica em que se tem sempre que equacionar os diferentes factores.

O indivíduo, no contexto de saúde/doença onde predomine a doença, torna-se mais vulnerável e mais sensível no seu processo de comunicação, no qual os significados são mais interiorizados, podendo assumir um carácter negativo.

A nossa linguagem, sendo suposta revelar o nosso funcionamento psíquico, pode ser traída por um código gestual inadequado. Nós comunicamos, pois, com palavras mas também com o nosso corpo.

Para Ramos (2001, p. 167), *“A comunicação é uma relação que se estabelece entre pessoas, a partir de significações comuns que as mesmas atribuem à comunicação verbal (palavras, entoações), assim como à comunicação não verbal (expressões faciais, gestos, olhares, posturas, posições no espaço, objectos, vestuário, etc.)”*.

Ainda segundo a mesma autora *“os significados que damos às palavras, gestos, atitudes, comportamentos e às percepções, variam entre indivíduos implicados*

*numa mesma comunicação e agem sobre a comunicação através das percepções, dos juízos, preconceitos e estereótipos"* (Ramos, 2004, p.300).

O enfermeiro deve desenvolver atitudes de receptividade e partilha porque, segundo a mesma autora, *"entre pessoas que partilham o mesmo universo de significações, o processo de comunicação efectua-se em geral, num clima de relativa compreensão..."* (Ramos, 2001, p. 167).

Segundo Stevens (1976), citado por Mailloux-Poirier (1995, p.478) *"Não ser capaz de comunicar é uma atrofia ameaçadora para o equilíbrio emotivo"*.

Assim, que tipo de comunicação utilizar?

Como pode a comunicação influenciar a intervenção cuidativa do enfermeiro?

*"A autêntica comunicação implica disponibilidade e atenção recíprocas, assim como a capacidade efectiva para se conseguir uma codificação e descodificação exacta da mensagem, de modo a conseguir-se o impacto pretendido"* (Frei Bernardo, 1992, p. 448).

A comunicação engloba troca de ideias, sentimentos e emoções sendo por isso um comportamento básico nas relações humanas em geral, assumindo maior significado quando estas se desenvolvem num espaço complexo que é a área de saúde.

A comunicação é uma necessidade fundamental cuja satisfação assenta num conjunto de condições bio-psico-sociais.

Mailloux-Poirier (1995, p. 475), citando Riopelle et al. (1986), refere que 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 uma a outra, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações"*.

A necessidade de comunicar de cada indivíduo é afectada com a diminuição das capacidades sensório-perceptuais causada pelo envelhecimento como: problemas visuais, auditivos ou perturbações tácteis. São perturbações sensoriais importantes, que afectam de forma negativa e notória o dia a dia dos idosos. Perante estes problemas os idosos ficam com limitações em receber e tratar a informação proveniente do exterior, implicando muitas vezes o isolamento sensorial (Mailloux-Poirier 1995).

O problema da surdez influencia consideravelmente a comunicação verbal. Os idosos com perda de audição podem ser tomados como afásicos, deprimidos ou demenciados, quando a utilização de um sistema de amplificação de som pode resolver esse problema (Paist e Jefri, 1997). Esta diminuição da audição compromete a capacidade de seguir uma conversa e participar nela, levando o idoso ao isolamento social ou a outros comportamentos como a desconfiança, que podem implicar de forma negativa as relações com os outros.

A participação na vida social e o interesse pelas actividades recreativas fica comprometida quando existe a perda de acuidade visual (total ou parcial), bloqueando a comunicação. O idoso com défices sensoriais que afectam a comunicação verbal comunica com frequência através do toque. Com o envelhecimento alguns elementos são alterados; no entanto, o contacto e a pressão, estão habitualmente bem conservados a nível dos braços e dorso das mãos. O tacto desempenha um papel muito importante a nível da comunicação (Mailloux-Poirier, 1995).

Mailloux-Poirier (1995, p. 490), refere que o *“toque suscita um sentimento de confiança. Uma simples pressão da mão pode acalmar e tranquilizar uma pessoa ansiosa, ou comunicar-lhe a aceitação e interesse da enfermeira”*.

Podemos dizer que os gestos, as palavras, as expressões faciais e o toque são elementos que permitem comunicar e que podem ajudar no cuidar de enfermagem.

Não podemos esquecer que os aspectos relacionais do cuidar, onde a comunicação tem que estar presente, são os mais valorizados pelo idoso, o qual privilegia a dimensão relacional como característica do enfermeiro competente, e identifica, como factores a alterar para melhorar os cuidados de enfermagem, enfermeiros mais humanos e carinhosos, e que entendam e vão de encontro às suas necessidades (Melo, 1998).

A comunicação é essencial na relação com os outros, seja através de linguagem verbal, escrita e falada, seja pela expressão facial e corporal, e por isso os profissionais devem estar consciente da sua importância, aumentando as suas competências nesta área.

O enfermeiro nunca deve hesitar em questionar os seus meios de comunicação, quando percebe que a sua mensagem não foi compreendida, pois todos os comportamentos transmitem mensagens e podem constituir uma barreira à comunicação.

Segundo Ramos (2004, p. 299), em contexto de cuidados de saúde, parte das dificuldades comunicacionais *“tem a ver com a falta de conhecimentos dos técnicos de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do doente e sobre as relações do individuo ao seu mundo social, cultural e comunitário”*.

*“É necessário repensar as relações e os modelos de comunicação técnico de saúde/doente. (...) é necessário um modelo de comunicação interactivo, que tenha em conta os “saberes” e o contexto sociocultural do utente/doente, que permita compreender não só as ideias, os preconceitos, os estereótipos, as crenças dos*

*técnicos de saúde e dos doentes, mas também os processos implicados na comunicação”.*

Na formação dos técnicos de saúde a integração de conhecimentos na área das ciências sociais, (psicologia, antropologia e sociológicos), podem ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os estereótipos ajudando na compreensão dos processos de comunicação (Ramos, 2004, p.299).

É imperativo que no desempenho profissional o enfermeiro desenvolva uma boa comunicação e uma boa relação de ajuda porque se não utilizar estas competências não está a cuidar com qualidade.

*“Na profissão de enfermagem, para além da componente científica ou técnica, há toda uma relação entre enfermeiro/utente e enfermeiro/comunidade que mais não é do que uma forte e imperativa exigência da dignidade do homem são ou doente”* (Carvalho, 1996, p. 50).

A relação de ajuda é também um alicerce de grande importância nos cuidados de enfermagem. Segundo Lazure (1987), a relação de ajuda *é o eixo em volta do qual gravitam os cuidados de enfermagem sendo necessários ao idoso que tem necessidades de crescimento que precisam de ser satisfeitos.*

Para Riopelle et al. (1984), citado por Berger (1995, P. 21), a relação de ajuda *“é um verdadeiro cuidado, bem como uma comunicação terapêutica, baseada no respeito e na liberdade”.*

Embora se valorize a independência nas actividades do idoso, a dependência não deve ser sinónimo de diminuição de dignidade perante o mesmo. Neste contexto, o papel do enfermeiro é observar, escutar e validar com o idoso o tipo de ajuda que ele necessita para deste modo maximizar a qualidade de vida do idoso ao desempenhar as suas actividades ajustadas às realidades existenciais.

Também é importante que no desempenho de enfermagem seja feita a avaliação da estrutura da rede de suporte do idoso, ou seja que se conheça o relacionamento que o idoso tem com os parentes, os substitutos dos parentes (ex. vizinhos, amigos, conhecidos etc.) ou outras relações.

Esta avaliação permite conhecer se existe uma relação estável do idoso, e consequentemente, será presumível a existência de um bom estado de espírito.

Por isso, quando uma pessoa de idade se sente só, a intervenção de enfermagem deve incidir na ajuda em estabelecer relações de qualidade, de modo que uma ou várias pessoas se venham a tornar significativas para ela.

Gierveld (1978), citado por Berger (1995, p. 493), refere que *"A enfermeira deve tentar descobrir o tipo de relações que fazem falta à pessoa que está só, os mecanismos de defesa que lhe permitem viver a sua solidão, bem como a percepção que ela tem da sua capacidade de alterar a situação"*.

É da responsabilidade da enfermagem ajudar o idoso a tomar consciência das pessoas que estão à sua volta, das organizações que o podem ajudar e da forma de lhes ter acesso.

Por vezes a rede de suporte do idoso é muito fraca, então segundo vários autores o papel da enfermagem deve consistir em:

- Ajudar a encontrar meios para alargar as relações sociais.
- Avaliar os medos ou bloqueios que o idoso sente ao comunicar com os outros.
- Identificar problemas e ajudá-lo a ver se há mudanças possíveis.
- Enfatizar as suas forças, ponderar alternativas, e decidir a solução a tentar.
- Se o idoso tem um confidente deve-se encorajá-lo para que o mantenha (a existência de um confidente é essencial para manter um bom estado de espírito).
- Incentivar o idoso a participar em actividades de grupo.

- Se o idoso ainda tem família, deve-se encorajar a manter o contacto com ela.

É de todo importante valorizar as actividades relacionadas com as emoções sentidas pelos idosos, no escutar aqui e agora num ambiente de abertura, confortar ou sugerir alternativas.

Os diversos autores afirmam que a relação de ajuda é a principal condição que garante a eficácia dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda, tem um carácter de respeito e confiança no homem, assume a filosofia holística tendo em consideração todas as dimensões da pessoa. Baseia-se num pensamento humanista, de confiança no homem, de respeito, de liberdade e de utilização de riquezas próprias de cada um. O ser humano é visto como um depositário de recursos para tomar conta de si, evoluir, para se desenvolver e aperfeiçoar, mudar hábitos de vida, conseguir melhor bem estar.

É uma relação particularmente significativa entre alguém que sente alguma dificuldade e um outro, neste caso o enfermeiro, que ajuda a superar e a encontrar os recursos necessários para fazer frente a essa dificuldade. Estabelece-se numa troca verbal e não verbal que proporciona a quem tem necessidades ou dificuldades a possibilidade de as superar. De acordo com a mesma autora, a relação de ajuda no campo da enfermagem vem sobrepor-se ao acto de cuidar (Phaneuf, 1995).

Cuidar de idosos exige da parte do profissional de saúde uma energia positiva, uma aceitação e um conhecimento reflexivo do seu cliente.

Segundo Carvalho (1997), os enfermeiros ao cuidarem do idoso, não devem debruçar-se apenas sobre os aspectos negativos deste período da vida, nem preocuparem-se unicamente com os cuidados físicos. A abordagem correcta deve

ser holística, contendo as dimensões bio-fisiológica, psicológica, sociológica, cultural e ambiental, onde deve ser dado grande ênfase a elementos como a saúde, mas também ao conforto, bem estar e às relações interpessoais.

Tendo em conta a realidade da população idosa em Portugal, na sua grande maioria carente de meios económicos e estímulos culturais, Encarnação et al. (1998), são de opinião que a flexibilidade de relacionamento, compreensão (saber ouvir e compreender), disponibilidade e incentivo ao diálogo, são a abordagem ideal e os pontos chave na humanização da prestação de cuidados a estes doentes. Por outro lado, os cuidados ao idoso, ao contrário do que se poderia crer, " (...) *não se improvisam, apoiam-se num leque aberto de variáveis individuais e, no mesmo indivíduo, consoante a etapa de vida que atravessa*" (Antunes et al, 1998, P. 23).

Ainda segundo as mesmas autoras, toda a intervenção de enfermagem deve ter por objectivo permitir que o idoso viva a sua velhice o melhor possível, e para isso é necessário implicá-lo no planeamento do modo de vida mais apropriado, adaptado e que lhe seja mais agradável. Esta abordagem, que deve ser sistémica, pressupõe que cada queixa ou sintoma seja valorizado, uma vez que há uma série de factores implicados, e que seja ponderada a atitude a tomar, tendo como objectivo a sua qualidade de vida e a preservação da sua autonomia funcional e emotiva. É essencial ter em consideração que a participação na tomada de decisões, faz com que os idosos se sintam menos dependentes dos outros e mais senhores da sua vida.

Os enfermeiros devem preocupar-se, fundamentalmente, com os meios de ajuda aos idosos, afim de que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem estar (Carvalho, 1997). O ensino e a motivação ao auto cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independente possível, deve fazer parte dos cuidados de enfermagem (Bagagem, 1992).

Há que dinamizar o idoso, pois a actividade física e mental são a melhor profilaxia da velhice (Antunes et al, 1998). A satisfação de todas as necessidades básicas pode levar à imobilidade, à falta de iniciativa e à desocupação, aumentando a sensação de inutilidade e conduzindo a uma invalidez total. Ajudar o idoso a aceitar os seus próprios condicionalismos, mas valorizando pequenas conquistas, incentivando a confiança em si mesmo, a auto-estima e o gosto pela vida, deve ser função daqueles que lhe prestam cuidados (Encarnação et al., 1998). O enfermeiro não pode esquecer que as suas intervenções em gerontologia visam sempre valorizar a responsabilização dos idosos pelas suas necessidades, privilegiar as acções tendentes a melhorar as suas capacidades e autonomia, e facilitar o acesso aos recursos disponíveis (Carvalho, 1997).

A educação para a saúde é fundamental neste grupo etário, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante, no seio da equipa multidisciplinar, na educação sanitária, na manutenção da autonomia, nos hábitos alimentares, de sono e repouso, nas actividades de vida diária, na ocupação de tempos livres e lazer. O enfermeiro deve estimular o idoso até ao limite máximo de todas as suas capacidades, ensinando-lhe mesmo novas formas de estar e de viver, ocupando-o em actividades a seu gosto e para os quais tenha maior aptidão, tendo em conta o seu grau de capacidade a vários níveis. Deve fomentar o exercício físico e as actividades culturais e recreativas, favorecendo, de igual modo, a sua participação na prevenção e tratamento das suas enfermidades (Bagagem, 1992). O enfermeiro que trabalha em gerontologia deve tornar-se no veículo de saber gerontológico, para informar os outros intervenientes menos especializados. Deve, da mesma forma, desempenhar um papel defensor relativamente aos idosos e às suas necessidades, e ao respeito pela sua unicidade (Carvalho, 1997).

## 5 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS FACE AO IDOSO

*“O que acreditamos que deve ser,  
são ideias que orientam os nossos comportamentos”*

Oliver (1973)

No contexto da cultura ocidental predomina o modelo de desenvolvimento baseado em mitos de produtivismo e progresso tecnológico e científico. Por isso ao fenómeno do envelhecimento tem-se associado mudanças nos padrões de vida das pessoas, alterações na estrutura e dinâmica das famílias e o surgimento de uma nova imagem social da velhice. Estes aspectos têm implicações na sociedade civil em diversos debates e tomadas de decisão sobre esta problemática, merecendo uma reflexão cuidada do ponto de vista bio-psico-social (Pereira, 2001).

A sociedade moderna identifica-se com o lucro e entende o poder económico igual ao aumento da qualidade de vida. A dependência baixa o lucro e a nossa sociedade tem fortes sentimentos contra tal. A pessoa que não produz sente-se facilmente inferior e marginalizada, pois no “mundo civilizado” de hoje, a velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável, que está votado ao fracasso.

A modernização da sociedade transformou o modo e o meio em que vivemos conferindo à grande maioria dos idosos a impossibilidade de partilha e progresso.

*“As atitudes da sociedade para com as pessoas mais velhas determinam, em grande medida, o grau de auto-estima dos idosos: quando estes se sentem respeitados e considerados como membros de pleno direito da sociedade, capazes e competentes, a sua auto-estima vê-se reforçada. Pelo contrário, como é natural, o idoso responde com um comportamento mais defensivo, céptico e*

*desconfiado, quando a sociedade lhe induz uma auto-estima negativa*" (Cordo, 1999, p. 12).

O mesmo autor salienta ainda que a consequência de todos estes problemas é, muitas vezes, a inactividade e a situação económica da pessoa idosa, pois a falta de recursos pode colocar limites aos contactos sociais, às actividades de lazer - que assegurariam o necessário grau de estímulo - e às possibilidades de que dispõe o idoso para cuidar do seu aspecto e imagem.

Reconhece-se que as consequências directas e indirectas do envelhecimento são em vários planos (nível do emprego, da produtividade e necessidades formativas), centrando-se em vários grupos alvo. Os idosos e sobretudo os grandes idosos (população com 80 e mais anos), fazem parte destes grupos alvo, por estes não apresentarem uma actividade económica mas sim um aumento das necessidades a nível da saúde, apoio domiciliário, educação, assistência, entre outros (Cónim, 1999).

Viver mais anos nem sempre representa qualidade de vida. Este aumento da longevidade tem vindo a expor os idosos a uma maior vulnerabilidade à pobreza e a processos de exclusão social, decorrentes de um conjunto de condições objectivas de existência precárias (habitação, saúde, educação e inserção no mercado de trabalho) e de uma maior fragilidade dos laços sociais informais a que têm estado sujeitos (Ferreira, et al., 1994).

Na opinião de Netto (2002, p.9), *"Não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando se não lhes dá condições para uma sobrevivência digna (...) é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos, do que anos à vida precariamente vivida"*.

Hoje em dia ser-se idoso é cada vez mais comum do ponto de vista sociocultural e, economicamente cada vez mais insustentável. O problema social que a velhice

representa, constitui um dos grandes desafios para os governantes e toda a sociedade civil na procura de soluções que tenham em conta as dimensões em que se decompõe a problemática de velhice (Pereira, 2001).

O envelhecimento é um processo normal que não é bem compreendido, facto que, tem contribuído para o aparecimento de numerosos mitos relativamente aos idosos ao longo dos anos. Infelizmente o idoso, na actualidade, é visto como um incomodo, um obstáculo, um estorvo para quem cuida dele e mesmo para a sociedade.

Deixou de se ver o idoso como um ser de sabedoria, um contador de histórias mas é cada vez mais visto como um *“velho”* que só dá trabalho e que está à espera da morte, não sendo útil para realizar mais nada.

A maior parte dos termos que substituem a palavra *“velho”* (antigo, ancião, ultrapassado, decrépito, idoso, grisalho, primitivo, vulnerável, senil...) tem uma conotação negativa e paternalista. Expressões e eufemismos que têm a ver, exclusivamente, com a idade do tipo: *“ela tem um ar jovem para a idade”*, *“a idade de ouro”* ou *“parece cada vez mais novo”* entre muitas outras, escondem muitas vezes hostilidade e utilizadas em excesso impedem que se estabeleçam contactos verdadeiros com os idosos.

Estes aspectos são limitativos uma vez que ilustram apenas certas dimensões do envelhecimento, contribuindo, dessa forma, para manter os estereótipos, os mitos, e as ideias pré-concebidas.

Alguns dos mitos comuns implicam a percepção de que todos os idosos são débeis, senis, surdos, que não se adaptam à mudança, gostam de estar sentados a balançar-se nas cadeiras de baloiço, conduzem mal, não estão interessados ou capazes de ter vida sexual, não conseguem aprender e são todos semelhantes. Hoje em dia, no nosso mundo civilizado, os idosos são cada vez mais vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar, para os afastar e

fechar em instituições verificando-se um abandono crescente, quer pela família quer pela sociedade.

Cada um de nós, individualmente, contribui para o crescimento da sociedade. Ao estarmos inseridos nesta, estamos em constante interacção com a mesma e com os indivíduos que a constituem. Uma das consequências desta interacção é mantermos com a sociedade e com os indivíduos que a compõem, todo o tipo de estereótipos, crenças, atitudes e mitos, por vezes inconscientemente. As ideias preconcebidas, principalmente as que nos levam a categorizar os idosos são duradouras, e discriminatórias (Berger, 1995).

Na nossa perspectiva o idoso é muito mais do que um velhinho que está diminuído nas suas capacidades, é uma pessoa com sabedoria e com capacidades para ajudar e orientar os mais novos e mesmo os outros membros da sociedade. O voluntariado é um bom exemplo disso.

## 5.1 - ATITUDES FACE À VELHICE/IDOSO

Desde o princípio do século que a importância teórica do conceito de atitude tem constituído a atenção de inúmeros pesquisadores da área da psicologia social. Este conceito, tem vindo a desempenhar um papel central na explicação do comportamento social.

Poucos conceitos foram alvo de tanta atenção em psicologia social como o de atitude; mas mesmo assim este continua difícil de definir, pois a atitude é considerada como um constructo hipotético, não observável directamente, mas inferível a partir de respostas que se podem medir e que reflectem avaliações positivas ou negativas sobre o objecto da atitude.

Durante muitos anos as atitudes foram definidas como envolvendo sentimentos, crenças e modos de agir. Recentemente as teorias desenvolvem uma concepção das atitudes com avaliações e estas relacionam-se de modo complexo, com crenças, sentimentos e acções (Lima, 2002).

A palavra atitude, na linguagem comum, está muito ligada à postura física, à forma de estar e de se comportar, embora por vezes apareça ligada à forma de pensar, atitude mental, à intenção de um procedimento. Esta ambiguidade vem da origem latina que une dois termos: a palavra *actus*, que significa acto, acção e *aptitudo* que significa aptidão.

Através da aprendizagem (observacional, experiência directa), e da influência directa pelas pessoas ou grupos significativos, assim como dos meios de comunicação, é que se formam as atitudes.

Havendo semelhanças nas atitudes de indivíduos que pertencem a um mesmo grupo e evolução das posições individuais e grupais ao longo do tempo, elas não nascem de um vácuo social, são fruto de processos de comparação, identificação e diferenciação social que levam a uma predisposição permanente para reagir de modo determinado a qualquer estímulo. As nossas atitudes resultam das diversas experiências de vida, e são influenciadas pelas pessoas significativas nas nossas vidas e pelos modos como processamos a informação acerca do mundo (Neto, 1998).

Um dos primeiros conceitos de atitude é de Thomás e Znariecki (1915), citados por Lima (2002, p. 188), que escreveram *"Por atitudes entendemos um processo de consciência individual que determina actividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social"*.

De acordo com Berger (1995, p.64), por atitude entende-se *"uma disposição em relação a uma pessoa ou a um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos que conduz a um comportamento, que leva a agir"*.

A multiplicidade de definições deixa transparecer que este conceito é uma realidade psico-social ambígua e difícil de apreender.

As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são muitas vezes negativas e, em parte, são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem todo o envelhecimento. Estas atitudes negativas existem em todos os níveis sociais: intervenientes, beneficiários, governantes, etc. (Berger, 1995).

Segundo a mesma autora, como indivíduos inseridos numa sociedade, os enfermeiros também são influenciados pelos seus elementos sociais, não assumindo todos o mesmo tipo de atitudes. Geralmente identificam-se sete atitudes ligadas ao envelhecimento nos profissionais de enfermagem, as quais são:

- ✓ Visão realista do envelhecimento;
- ✓ Visão que nega os efeitos do envelhecimento;
- ✓ Ansiedade relativamente à velhice;
- ✓ Distância social em relação aos idosos;
- ✓ Aumento do sentido das responsabilidades perante os idosos;
- ✓ Menor responsabilização individual do que social;
- ✓ Presença de estereótipos ou de preconceitos desfavoráveis.

Os nossos comportamentos perante o idoso podem reflectir atitudes positivas ou negativas, as quais influenciam as nossas relações com a pessoa idosa. Das positivas destacamos o respeito, a confiança e a luta contra as atitudes negativas como a gerontofobia, o idadismo (*"âgisme"*), o automorfismo social e a infantilização ou *"bebeísmo"* (Berger, 1995).

A **gerontofobia** é *“o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice”*, sendo portanto uma atitude muito negativa. Comportamentos desfavoráveis e negativos como a recusa, apatia e indiferença estão patentes neste tipo de atitude. A nível de enfermagem a gerontofobia está presente na infantilização dos utentes idosos e no excesso de autoridade, a opinião dos idosos é normalmente ignorada, não são tidos como confiáveis e são super protegidos. Os idosos também podem revelar este tipo de atitudes, nomeadamente as mulheres que se sentem desgostosas com o seu envelhecimento.

O **idadismo** ou *“âgisme”* reporta-se a todas as atitudes negativas e formas de discriminação com base na idade e que estão largamente incutidas na sociedade; das quais destacamos o preconceito de que ser velho é ser doente. Um dos exemplos mais flagrantes de *“âgisme”* na nossa sociedade torna-se evidente na atitude que muitos médicos revelam quando dizem a um idoso que a dor que sente num determinado membro está necessariamente relacionada com o envelhecimento.

O **automorfismo social**, define-se como *“o não reconhecimento da unicidade do idoso”*.

A **infantilização** ou *“bebeísmo”* é usada sobretudo quando os idosos perdem a sua autonomia e independência. Uma das formas mais evidentes de infantilização por parte dos enfermeiros é o tratamento por *“tu”*, uso de diminutivos e o planeamento de actividades sociais e/ou recreativas, inadequadas às necessidades do idoso (Berger, 1995, p.66).

Desde muito cedo as nossas atitudes são moldadas por vários factores como, por exemplo, a educação, os media, a idade, entre outros.

Existem alguns elementos sociais capazes de influenciar as atitudes perante a velhice e os idosos, de entre os quais destacamos: perda de aparência física, proximidade da morte, aumento da dependência, comportamento lentificado, imagens positivas ou negativas difundidas pela imprensa (Berger, 1995).

## 5.2 - ESTEREÓTIPOS E MITOS RELATIVOS AO IDOSO

Para interpretar a informação complexa sobre indivíduos e grupos, as pessoas utilizam prioritariamente os estereótipos, indo buscar outras interpretações apenas quando os estereótipos não oferecem explicações suficientes, na medida em que o conhecimento humano não é capaz de ser sempre complexo, flexível e crítico.

Simões, refere que *“Psicossociologicamente, o estereotipo é a matriz de opiniões, sentimentos, atitudes e reacções dos membros de um grupo, com as características da rigidez e da homogeneidade”*. São generalizações abusivas, extremas e mais frequentemente negativas do que positivas (Simões, 1985, p.207).

A abordagem às funções, estrutura e modos de formação dos estereótipos conduz-nos a algumas temáticas estudadas pela Psicologia Social. As mais importantes são: a teoria da atribuição causal, a teoria implícita da personalidade, a formação de impressões, a identidade social, as relações entre grupos, a discriminação social, entre outras. Estas teorias podem ser compreendidas através dos princípios e das teorias das representações sociais (Baptista, 1996).

A mesma autora citando Taifel (1980), refere que a representação social é mais do que o estereótipo, mas que este constitui uma parte importante da representação social, com traços típicos de um grupo categoria ou classe social, e que surge para resolver uma contradição da vida quotidiana que serve para dominar o real. Alertando para o facto de contribuir para o não reconhecimento da unicidade do individuo, a não reciprocidade, a não duplicidade o despotismo em determinadas situações.

As representações sociais, quando surgem sob a forma de estereótipos sociais, Vala (2002), Jodelet (1989) e Doise (1990), referem respectivamente, que são «teorias sociais práticas», «um saber prático», e «organizadores das relações simbólicas entre actores sociais».

Como dois conceitos distintos que são, as representações sociais e os estereótipos, remetem para dois níveis diferentes de abordagem, ou seja: se os estereótipos sociais podem ser vistos como formas de representação social, nem todas as representações sociais dão origem a estereótipos Taifel (1980), citado por (Baptista, 1996).

Os estereótipos são percepções socialmente partilhadas de sujeitos pertencentes a grupos diferentes, as quais adquirem um carácter de rigidez e alto grau de generalização. Têm uma aplicação normalmente estrita, a existência de uma forte componente afectiva, e encontram-se frequentemente na base de atitudes de discriminação social (Yim e Harris, 2002).

As representações sociais podem incluir todos estes elementos, inclusive a estereotipia social, mas Moscovici (1981) refere que, no caso de não incluírem claras categorizações de grupos sociais, podem não remeter para qualquer tipo de estereotipia social, não havendo, por isso, fenómenos de discriminação social. Tratando-se de um tipo específico de esquema ou atitude, fundado frequentemente em crenças, origem de opiniões e atribuições, relativamente a

determinados grupos sociais e que encontra a sua génese em processos de categorização faz todo o sentido incluir os estereótipos no conceito de representação.

A formação dos estereótipos sociais pode igualmente ser compreendida através dos processos responsáveis pela formação das representações sociais: objectivação e ancoragem, se pensar tratar-se de representações sociais e atitudes rígidas, convencionais e categóricas com uma forte componente afectiva (Baptista, 1996).

O estereótipo, enquanto produto da interacção social, a irracionalidade é uma das suas características que lhe confere rigidez e inflexibilidade, o que não implica que ele comporte necessariamente uma percepção falsa da realidade. Quer se trate de categorizações exageradas simplificadoras da realidade, ou quer sejam erróneas e completamente falsas, os estereótipos adquirem um alto nível de convencionalidade social, tornando-os de difícil alteração, mesmo quando os actores sociais que os detêm dispõem de informações que invalidam o seu conteúdo (Baptista, 1996).

Shin e Kleiner (2001), defendem que a irracionalidade do estereótipo tem essencialmente a ver com o seu carácter rígido e inflexível, mesmo face a eventuais evidências racionais que o contradigam, e não propriamente com o seu conteúdo (que pode até não remeter para informações falsas, mas apenas deficientemente processadas).

Do ponto de vista da organização do real o estereótipo social é uma forma de categorização da realidade que possui uma forte coloração avaliativa e afectiva, frequentemente negativa, mas que também pode surgir com conteúdo positivo.

Os estereótipos têm como função reduzir a incerteza e organizar a realidade envolvente, tornando-se eles mesmos elementos «reais» constituintes desse mesmo meio, e tendentes a produzir efeitos sociais (Yim, e Harris, 2002).

Frequentemente encontramos, quer nas conversas diárias da rua, quer nos meios de comunicação, alusões a respeito das pessoas e grupos como: tópicos, ditos, frases feitas, etiquetas verbais ou adjectivações, frequentemente estereotipadas, consistindo em pré-concepções rígidas mais ou menos falsas e irracionais, que contribuem para o não reconhecimento da unicidade do indivíduo em determinadas situações (Castro, et al, 1999).

Segundo Berger, (1995), um estereótipo é uma opinião feita, uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes e pode ser positivo ou negativo.

O estereótipo positivo, é aquele em que se atribuem características positivas a todos os objectos ou pessoas de uma categoria particular, por exemplo, «todos os idosos são prudentes».

Contrariamente, um estereótipo negativo, atribui características negativas a todos os objectos ou pessoas de uma determinada categoria, de que é exemplo «todos os idosos são senis» (Berger, 1995).

A mesma autora, 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*”.

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam uma vez que negam o processo de desenvolvimento.

Os preconceitos envolvem geralmente crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis (Nogueira, 1996).

Um estudo realizado na “*Université de Montreal*” por Champagne e Frennet citado por (Berger, 1985, p.67-68), permitiu identificar os estereótipos mais frequentes relativos aos idosos e que passamos a descrever:

- ❖ *Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir;*
- ❖ *Divertem-se e gostam de rir;*
- ❖ *Temem o futuro;*
- ❖ *Gostam de jogar às cartas e outros jogos semelhantes;*
- ❖ *Gostam de conversar e contar as suas recordações;*
- ❖ *Gostam do apoio dos filhos;*
- ❖ *São pessoas doentes que tomam muita medicação;*
- ❖ *Fazem raciocínios senis;*
- ❖ *Não se preocupam com a sua aparência;*
- ❖ *São muito religiosos e rezam muito;*
- ❖ *São muito sensíveis e inseguros;*
- ❖ *Não se interessam pela sexualidade;*
- ❖ *São frágeis para fazer exercício físico;*
- ❖ *São, na grande maioria, pobres.*

A maioria destes estereótipos está ligada, não a características específicas do envelhecimento, mas sim a traços da personalidade e a factores sócio-económicos. Por vezes a formação de estereótipos simplifica de tal modo a realidade, que as diferenças e características dos indivíduos de um dado grupo, são ignoradas. No caso dos idosos, estes estereótipos surgem devido ao desconhecimento relativamente ao envelhecimento.

Tendo em conta que a sociedade marginaliza os idosos é normal que estes se sintam receosos e inseguros e que reajam de forma aparentemente inadequada. Pode-se deduzir que os estereótipos são uma forma de a sociedade desvalorizar o estatuto do idoso (Berger, 1995).

Um mito é *"uma construção do espírito que não se baseia na realidade. É uma representação simbólica, uma imagem simplificada"*, frequentemente ilusória, que os grupos humanos elaboram ou aceitam acerca de indivíduos ou factos e que tem um papel determinante no seu comportamento ou para a sua apreciação (Berger, 1995, p.64).

Para além das atitudes e estereótipos, estudos realizados por Ebersole (1985), citados por Berger (1995, p.67), evidenciam ainda alguns mitos associados à velhice, tentando desmistificá-los:

**Um grande número de idosos é confuso e desinteressado em relação ao mundo à sua volta** - pelo contrário os idosos revelam interesse pelo que os rodeia, gostando de se manter actualizados e de enriquecer o seu conhecimento. Apenas um número reduzido sofre de alguma doença que o incapacite cognitivamente. Apesar de os idosos terem a sua capacidade cognitiva reduzida, cabe aos enfermeiros, implementar estratégias de actuação que os estimulem;

**Muitos idosos são doentes e tem necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas** - este mito sobre a dependência, é um dos mais persistentes. A dependência não é, de forma alguma, sinónimo de terceira idade; pelo contrário faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós. Muitos idosos cuidam de si, vivendo activa e saudavelmente. Embora alguns possam

sofrer de alguma doença crónica, na maioria das vezes conseguem ultrapassar os obstáculos que acompanham a doença e viver a sua vida plenamente;

**Os idosos vivem sós e na infelicidade** - os estudos provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto estreito com a família e participa regularmente em actividades sociais. Existem tantos idosos sós e infelizes como poderão existir jovens adultos na mesma situação. Muitos idosos são com agrado voluntários em diversas actividades (como por exemplo nos hospitais). No entanto, os estudos sobre a solidão e o isolamento social não são concludentes e demonstram resultados contraditórios;

**Os idosos não se interessam pela actividade sexual** - *“Os sentimentos e actividades relacionadas ao sexo não se desligam automaticamente aos 65 anos”*. Os idosos também gostam de partilhar gestos de carinho, afecto e amor, os quais são essenciais para o bem-estar emocional de todas as pessoas;

**Muitos idosos estão institucionalizados** - a maioria dos idosos estão em casa ao cuidado da família, de si mesmos e/ou de instituições de apoio. Só uma pequena percentagem vive em lares ou asilos;

**Os idosos são um segmento inútil para a sociedade e menos produtivos que os jovens** - contrariamente a esta noção os trabalhadores idosos são mais assíduos ao trabalho, sofrem menos acidentes e têm um rendimento mais constante quando comparados com trabalhadores mais jovens. O que há de melhor na nossa sociedade é parcialmente devido às inenarráveis contribuições dos idosos;

Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar - é verdade que as pessoas, quando envelhecem, são mais estáveis; mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas;

Todos os idosos se assemelham - isto é falso. À medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, etc.).

Ao identificar estes mitos, entende-se que a sociedade vê a velhice como uma doença incurável, como um declínio inevitável. No entanto, o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. Os mitos e estereótipos que a sociedade tem do processo de envelhecimento, causa ao idoso grande perturbação, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades (Berger, 1995).

# II PARTE

## INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

## 1 - OBJECTIVOS DO ESTUDO - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO, EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

As representações correspondem a um fenómeno comum a todas as sociedades. São um conjunto de factores que contribuem para a adequação do comportamento dos indivíduos, de modo a serem membros e a viverem em comunidade. A partir da sua história, cultura e vivência, o indivíduo constrói as suas opiniões, valores, crenças, ideologias e informações, resultando num saber prático e num senso comum que orienta a interpretação e as acções das pessoas. As representações são produtoras das realidades com repercussões na forma como interpretamos o que nos acontece e acontece à nossa volta, bem como sobre as respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido. Estas, são susceptíveis de manipulação, tornando-se um produto das interacções e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, reflectindo a situação desse grupo os seus projectos, problemas e estratégias (Vala, 2002).

O envelhecimento progressivo da população mundial é um fenómeno complexo que se tem vindo a acentuar nas últimas décadas. Como explicação para este fenómeno, são apontadas algumas razões de natureza distinta, nomeadamente a diminuição da natalidade (mais propriamente uma diminuição da fecundidade), o aumento da esperança de vida, uma redução das taxas de mortalidade infantil, a dinâmica dos movimentos migratórios e o processo de desenvolvimento socioeconómico (Cónin, 1999).

O envelhecimento da população, leva a sociedade a reestruturar-se de forma a dar respostas adequadas às necessidades dos que a compõem. Esta realidade é

sentida por uns como um problema que afecta todos os níveis da sociedade de uma forma negativa e por outros como um construtivismo social, que exige um processo de mudança, não sendo necessariamente penosa.

Os conceitos de idoso e velhice são múltiplos, no entanto, todos são interdependentes, pertencendo a um sistema de categorização como de ordem cronológica ou pela condição social de reformado.

Numa perspectiva cronológica o idoso é segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) qualquer indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e do estado de saúde. Ao considerarmos este critério estritamente instrumental levamos a questionar se ser "velho" significa, pois atingir essa idade cronológica (Abrantes, 2003).

Ilhéu (1996), refere que a idade cronológica é incapaz de definir um estado biológico, psicológico e sociológico, com características específicas e iguais para todos os indivíduos dependentes da mesma idade.

A velhice é um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos. É o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado. É o momento de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens. É a oportunidade de «deitar contas à vida», como sujeito activo, agente válido do imediato, que pensa e quer continuar a intervir na construção de uma sociedade melhor, combatendo a insolidariedade e desrespeito (Santos, 1995).

*"Nem tudo o que se liga à velhice é necessariamente nefasto ou desastroso. A saúde não desaparece automaticamente com a chegada da velhice, que não é sinónimo de doença ou handicap (...) A velhice e a saúde são mais processos evolutivos do que estados"* (Berger, 1995, p. 123).

Envelhecemos física, psicológica e socialmente de forma cada vez mais individual e diferenciada. Os processos podem ser acelerados por factores ambientais, culturais, sociais e políticos, tais como: stress, poluição, sedentarismo, obesidade, alimentação, estilos de vida, desemprego, acidentes, doenças, guerras e marginalização. Envelhece-se segundo a cultura, o meio ambiente e os riscos existentes (San Martin, 1990).

Os estilos de vida com comportamentos de risco em conjunto com a exposição a determinados factores ambientais contribuem para que a velhice, por vezes, surja com problemas de saúde, apresentando multipatologias associadas à cronicidade. Esta velhice com problemas de saúde contribui para a representação social dos idosos, como dependentes, doentes e inúteis, um "estorvo", onde os seus direitos não são considerados. Nesta base constroem-se mitos em como a maioria dos idosos: é senil ou doente e por isso têm necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas é infeliz e pobre. Os idosos não são tão produtivos como os jovens, são conservadores e incapazes de mudar, estão isolados e sofrem de solidão (Berger, 1995).

Os enfermeiros, pertencentes a uma sociedade, onde existem todo o tipo de preconceitos, de crenças, de mitos e de estereótipos em relação ao idoso, permite a desvalorização do mesmo, não tendo em conta as suas diferenças, o que pode ser impeditivo para um cuidado eficiente. O profissional quando cuida do idoso revê-se na sua própria velhice, o que pode contribuir para a construção de sentimentos negativos e de recusa diminuindo a disponibilidade para cuidar deste grupo etário.

Num estudo sobre "As representações que o enfermeiro tem do idoso", 42% acham "deprimente" cuidar de pessoas idosas apontando para a carga de

problemas quase sem resposta que este grupo acarreta; também porque nos desperta para a visualização do nosso futuro (Miranda et al, 1998).

Estas interpretações, levam os profissionais à utilização de diversas estratégias no cuidar. A infantilização, onde partimos da premissa que somos crianças duas vezes, o idadismo onde a idade é responsável pela situação de algum problema de saúde, e a gerontofobia, cuidar de idosos pode acelerar o seu processo de envelhecimento, são alguns dos exemplos.

O facto do investigador ser enfermeira há 19 anos, com vasta experiência profissional no cuidar o idoso, permitiu-lhe constatar que a representação que cada profissional tem do que é ser idoso interfere na forma como cuida.

Comentários: *“Eu na minha idade já sinto dores, o que é que você quer com 80 anos?”* representam significados e atitudes pessoais que os profissionais de saúde dão no seu quotidiano a algumas queixas dolorosas dos doentes idosos, interpretando-as como um processo natural do envelhecimento.

Neste sentido, pretendemos conhecer as Representações Sociais dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados, para determinar de que forma essas representações influenciam o acto de cuidar.

Para dar resposta à questão principal desta investigação: *“Quais as Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados?”* surgem-nos as seguintes questões:

- Qual o conceito que o profissional tem do idoso?
- Que vivências é que os profissionais têm em relação ao idoso?
- Que Atitudes/Opiniões é que os enfermeiros têm face aos cuidados de enfermagem ao idoso?

## 2 - QUESTÕES METODOLÓGICAS

### 2.1 - TIPO DE ESTUDO

Um dos momentos mais delicados do processo de investigação diz respeito à selecção dos métodos e técnicas imprescindíveis à análise, na medida em que o investigador deve ser criativo e capaz de traduzir o modelo teórico e os objectivos traçados em operações concretas de pesquisa. Neste sentido, e de modo a atingir os objectivos formulados para este trabalho, realizamos um estudo de carácter descritivo, exploratório através de um abordagem qualitativa, cuja finalidade é conhecer, sob a perspectiva dos sujeitos do estudo, as suas representações sociais face ao idoso, em contexto de prestação de cuidados.

Carmo (1998, p.47), cita Selttiz, Jahoda, Deutch e Cook (1967), cuja opinião é de que os estudos exploratórios, têm como objectivo, *“proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”*.

A opção por uma metodologia de abordagem qualitativa surge decorrente da essência do problema, da questão inicial que foi formulada e dos objectivos, ou seja do desenho do estudo. Parece-nos ser a metodologia que melhor permite compreender as atitudes humanas, conhecer as experiências contextualmente e compreender a visão do mundo das pessoas.

## 2.2 - POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros que prestam cuidados no Centro de Saúde de Óbidos cinco (5) e no serviço de medicina do Hospital S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche treze (13) e que aceitaram participar no estudo, num total de dezoito (18) enfermeiros. A escolha dos locais onde decorreu o estudo deve-se ao facto do investigador não ter relações de proximidade com os entrevistados e pela pertinência da diferença dos contextos de trabalho (cuidados de saúde primários/cuidados de saúde diferenciados).

Dos dezoito (18) enfermeiros entrevistados, cinco (5) são homens, treze (13) são mulheres e têm idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos.

Dos enfermeiros do Centro de Saúde, quatro (4), têm bacharelato e um (1) licenciatura e pós-graduação na área da saúde materna e obstétrica.

Dos enfermeiros do Hospital, onze (11) são licenciados; um (1) tem pós-graduação em cuidados paliativos; dois (2) têm bacharelato.

Nenhum dos entrevistados fez formação na área da gerontologia.

Dos enfermeiros de Centro de Saúde três (3), tiveram experiência nos cuidados de saúde diferenciados, dos enfermeiros do Hospital só um (1), teve experiência nos cuidados de saúde primários.

## 2.3 - PROCEDIMENTOS

Pedido de autorização para a realização das entrevistas ao director do Centro de Saúde de Óbidos (anexo I) e ao presidente do conselho de administração do Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche (anexo II). Contacto com os chefes de enfermagem para combinar a hora e o local mais conveniente para o

serviço para a realização das entrevistas. Contacto com os enfermeiros para os convidar a colaborar no estudo e marcação do dia e hora da entrevista, consoante a disponibilidade dos mesmos.

#### 2.4 - MÉTODO DA RECOLHA DE DADOS

Tendo em consideração a natureza das informações que se pretendem analisar, a entrevista semi-directiva, parece-nos ser a técnica mais adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, esperam, sentem ou desejam.

*A utilização da entrevista semi-directiva permite uma análise em profundidade das unidades observadas, uma compreensão da problemática estudada e das percepções dos sujeitos (Albarello et al., 1997, p.87).*

Segundo Bell (1997), a vantagem da entrevista é a adaptabilidade, havendo a possibilidade de explorar determinadas ideias, testar respostas e investigar motivos e sentimentos. De acordo com Madeleine Grawitz, Carmo (1998) refere que as entrevistas podem classificar-se de acordo com um continuum, variando entre um máximo e um mínimo de liberdade concedida ao entrevistado e o grau de profundidade da informação obtida.

A estrutura da entrevista pressupõe a existência de um guião (anexo III) com um conjunto de questões orientadoras, que permitem aos entrevistados responder livremente mas que também permitem a intervenção do entrevistador com questões de validação/clarificação, aprofundamento e/ou exploração (Pereira, 2001).

Foram efectuadas duas entrevistas, a duas enfermeiras do Centro de Saúde de Peniche, como pré-teste. Foram gravados os registos da informação, após autorização das entrevistadas. Com este pré-teste, sentiu-se a necessidade de

formular duas novas questões e de mudar alguns elementos do vocabulário para tornar mais clara a mensagem

A entrevista é constituída por três (3) temas, que se subdividem:

**-Conceito de idoso/velhice/envelhecimento**

Representação que os enfermeiros têm do idoso;

Comentário à expressão *"Somos crianças duas vezes"*.

**-Vivências que os enfermeiros têm em relação a idoso**

Vivências dos enfermeiros com o idoso;

Experiência profissional com o idoso;

Os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar e ao comunicar com o idoso.

**-Atitudes/Opiniões dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem ao idoso**

Os cuidados de enfermagem ao idoso (o que são? e como gostaria de ser cuidado se fosse idoso?);

Os cuidados de enfermagem que se prestam ao idoso;

As necessidades e queixas do idoso comparativamente com utentes de outra faixa etária;

O recurso do idoso aos serviços de saúde.

De modo a complementar a informação obtida através das entrevistas, recorreu-se ao uso de uma ficha de caracterização demográfica e de habilitações profissionais, constituída por oito (8) questões abertas e uma (1) fechada, identificadoras dos sujeitos submetidos ao estudo (anexo IV).

Para facilitar o registo da informação, o conteúdo das entrevistas foi gravado através do sistema áudio, com prévia autorização dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados, o tempo médio gasto, aproximou-se dos 30 minutos e decorreram no período de 6 a 17 de Janeiro de 2007.

### 2.4.1 - Considerações éticas

Antes de iniciar o estudo, houve a preocupação de abordar cada um dos sujeitos no sentido de perceber a sua adesão ao mesmo, tendo sido informados dos objectivos e finalidade do trabalho e das razões porque haviam sido seleccionados. Uma vez tida a confirmação e autorização do seu interesse em participar, foram escolhidos os dias e horas para as entrevistas, foi-lhe, garantido o anonimato, e assegurado que os dados fornecidos não seriam utilizados para outro fim, que não o deste estudo, garantindo-se um tratamento dos mesmos com autenticidade e fidelidade.

## 2.5 - ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para análise e tratamento dos dados utilizámos a técnica de análise de conteúdo, que permite organizar a informação recolhida dando ênfase ao que foi valorizado pelos entrevistados. Bardin (1997, p.38), considera a análise de conteúdo *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”*, salientando ainda que a análise de conteúdo *“procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”* (Bardin, 1997, p.45).

Para Fortin (1996, p.166) *“uma análise de conteúdo permite determinar comportamentos tipo, temas e relações, que são de seguida classificadas com ajuda de um processo de análise síntese, segundo as finalidades e os objectivos do estudo”*.

Segundo Vala (1986, p.104), a análise de conteúdo *“é uma técnica de tratamento de informação que faz a desmontagem do discurso e produz um novo discurso*

*através de um processo de localização” e pressupõe a definição de três tipos de unidades:*

- **unidade de contexto** - é o segmento mais largo de conteúdo que o analisa examina quando caracteriza uma unidade de registo;
- **unidade de registo** - é o segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção pela análise, podendo incluir uma palavra ou frase;
- **unidade de enumeração** - é aquela em função da qual se procede à quantificação (Vala, 1986).

Como afirmam (Poirier et al., 1995, p.114), *“A narrativa oral exige, neste caso, por natureza, que a unidade de registo coincida com a unidade de sentido. É preciso, pois, recortar o texto semanticamente, não hesitando em efectuar reagrupamentos que levem em conta repetições do discurso”*.

Neste estudo utilizámos a técnica da análise de conteúdo através de uma análise temática agrupando as unidades de registo em categorias significativas, com contagem da frequência, das mesmas.

Para a elaboração do ‘corpus’ de análise foi feita transcrição integral das entrevistas gravadas, nova audição para colocar pontuação e nova leitura para se dar continuidade à análise. Após essa etapa iniciamos o processo de codificação que nos permitiu criar as unidades de registo de contexto e de enumeração, tendo em conta os objectivos do estudo. As categorias que foram criadas têm por base a listagem do guião da entrevista, dando resposta às questões de investigação.

### 3 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de dar-mos resposta à questão de partida *“Quais as Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso, em contexto de prestação de cuidados?”* vamos iniciar a apresentação e análise dos dados.

As representações sociais permitem-nos apreender como as pessoas constroem determinados conhecimentos, ou seja, pensam nas coisas *“reais”* ou *“imaginárias”* do seu conhecimento quotidiano, não apenas como simples *“opiniões sobre”* ou *“imagem de”*, mas como verdadeiras teorias colectivas, contribuem para os processos de formação dos comportamentos e de orientação das comunicações sociais (Moscovici, 1978).

As componentes das representações sociais estruturam-se em três eixos: a atitude, a informação e o campo da representação. A atitude expressa a relação afectiva com o objecto; a informação refere-se aos conhecimentos que se possuem sobre o objecto representado; o campo da representação diz respeito à organização e à hierarquização dos elementos que constituem a representação social, que se organiza através do núcleo figurativo, constrói-se pelo processo de objectivação que posteriormente dá um processo de ancoragem que integra a informação dentro do nosso sistema de pensamento, tal como já está constituído (Moscovici, 1978).

A objectivação é o processo que permite tornar real um esquema conceptual, dar a uma imagem uma contrapartida material a qual é conseguida por três etapas: a **construção selectiva**, a **esquematisação**, e a **naturalização**.

A ancoragem, que pode anteceder ou seguir o processo de objectivação, pode servir, no primeiro caso para integrar as novas informações em categorias que o

sujeito já possui, fruto de experiências anteriores, ou na segunda hipótese, atribuir sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos ou factos sociais que assim *“exprimem e constituem as relações sociais”* (Moscovici, 1961, p.318).

A objectivação e a ancoragem funcionam no “pensamento natural”, por oposição ao pensamento da ciência e da filosofia. Este pensamento natural é baseado na comunicação de ideias, que tem por objectivo a persuasão. Estes processos cognitivos do pensamento natural são ainda regulados por um metassistema normativo.

A apresentação dos dados e a sua análise tem como quadro conceptual de referência, a teoria das representações sociais, dando resposta às várias questões de investigação, decorridas da problemática do estudo, das quais, definimos as seguintes áreas temáticas:

- Conceito de idoso/velho/envelhecimento
- Vivências que os enfermeiros têm em relação ao idoso
- Atitudes/Opiniões dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem ao idoso

Ao realizarmos as entrevistas, notámos um certo constrangimento e inibição no início da entrevista por parte de alguns entrevistados, mas que foi diminuindo com o decorrer da “conversa”.

Na apresentação dos dados foram usados alguns símbolos que têm determinado significado, assim:

- (CS n.º) - Corresponde ao código atribuído a cada entrevista do centro de saúde;
- (H n.º) - Corresponde ao código atribuído a cada entrevista do hospital;
- ... - Corresponde a períodos de pausa no discurso;
- (...) - Corresponde a excertos da entrevista que não transcrevemos por não serem relevantes para o estudo.

Após a leitura atenta das entrevistas, e tendo por base as respectivas áreas temáticas e categorias, identificámos as unidades de registo que agrupámos nas unidades contexto. As unidades de enumeração são o resultado do cálculo da frequência das unidades de registo.

Para melhor visualização dos dados foi efectuada uma apresentação em quadros, antecedidos por uma análise dos mesmos, que contém as unidades de contexto, de registo e de enumeração, distribuídas pelos enfermeiros do centro de saúde (CS) e hospital (H). Quando nos referimos aos enfermeiros do hospital, reportamo-nos aos enfermeiros do serviço de medicina.

### 3.1 - CONCEITO DE IDOSO/VELHO/ENVELHECIMENTO

Para a maioria dos entrevistados estes três conceitos estão interligados e são pouco distintos. Parece-nos que o conceito de envelhecimento não é bem compreendido pela maior parte dos entrevistados, não é considerado como um processo a que todos os indivíduos estão sujeitos no seu percurso de vida, mas

sim à última fase da vida. O envelhecimento é associado à degradação anatómica/fisiológica: *“o cérebro é o órgão onde isso é mais visível”*, (H13). No entanto consideram que: *“faz parte da vida (...) e com o envelhecimento ficamos a saber mais”* (H1).

Em relação ao conceito de idoso e velho os entrevistados referem-se de uma forma global a atributos do idoso ou do velho, quando mencionam as pessoas nesta fase.

Um dos testemunhos refere que:

*“Uma pessoa idosa é a partir dos 65 anos (...) Mas se for uma pessoa que tenha mais de 65 anos e que ainda se mexa bem, que faça a vida dela se calhar não utilizo tanto a palavra idoso nem utilizo velhice”* (H8).

Como podemos depreender face a este discurso, existe uma ligação do conceito que é utilizado relacionado com as capacidades que a pessoa tem e com a necessidade de ajuda.

O termo idoso tanto para os enfermeiros do H como para os enfermeiros do CS é mais utilizado por não ter um sentido depreciativo. É um termo que demonstra respeito e melhor aceitação socialmente: *“é uma palavra mais pomposa e mais facilmente aceite”* (H4). No entanto, os enfermeiros dos CS para se referirem ao idoso salientam que o tratam *“pelo nome da pessoa ou por alguma característica que tenha, (...) pelo penso, ou até pelo próprio tratamento”* (CS1).

O que vem de alguma forma contrariar Rodrigues (1989), quando refere que na interacção com o doente o enfermeiro deve ter em conta alguns princípios tais como: tratá-lo pelo nome, conforme o seu hábito e nunca pelo número da cama ou caso de doença.

Para ambos os enfermeiros H e CS o termo velho tem uma conotação negativa, podendo ser ofensivo. Para os do H, não é um termo utilizado quando se fala com

a família, mas, por vezes utilizado entre profissionais, não de uma forma depreciativa, mas com um sentido carinhoso *“velho, velhinho, velhote”*. No entanto, é salientado pelos enfermeiros de CS que consideram o termo velho:

-*“Muito agressivo”* (CS4);

-*“É velha vai para o lixo (...) velho magoa-me”* (CS2), o que os leva a utilizar mais o termo idoso. No entanto há quem considere que:

-*“Velhos é a partir dos 80 anos (...) e mesmo assim há pessoas que a partir dos 80 anos estão muito boas”* (CS5);

-*“(...) têm 90 e tal anos... mas nunca chamo velhotes (...), isso afecta-os bastante”* (CS4);

e eles *“são pessoas normais”* (CS5), como enfatizou um dos testemunhos.

Parece-nos que estas opiniões estão de acordo com Lima (1988), uma vez que o termo velho tem uma carga negativa ligado à imagem de enfermo e de limitado. O mesmo autor refere-nos que o termo velho tem o mesmo significado que idoso, no entanto, reconhece que sobretudo na sociedade ocidental o termo velho tem vindo a ser substituído pela palavra idoso, por esta ter uma conotação positiva. O que nos faz pensar que possa existir uma mudança de imagem relacionada com este grupo etário, uma vez que a palavra idoso é mais utilizada pelos entrevistados. Ou seja, ser idoso, não é ser ou estar doente e/ou dependente o que associam mais à palavra velho ou velhice.

Para analisar a representação que os enfermeiros têm do idoso, questionámos sobre o que é o idoso. Para aprofundarmos mais esta questão pedimos aos entrevistados que nos comentassem a frase *“Somos crianças duas vezes”*.

### 3.1.1 - Representação dos enfermeiros face ao idoso

Em relação à questão: **O que é ser idoso?** Podemos analisar pelo quadro 2, que tanto para os enfermeiros do H, como para os do CS, a representação que têm do idoso reporta-se na sua maioria para o significado da dependência, pois consideram que o idoso é:

- *“Uma pessoa que está limitada de alguma maneira”* (H7);
- *“Já tem menos capacidades”* (H5);
- *“Com dificuldade em andar, dificuldade em comer (...)”* (H10);
- *“Precisa mais de ajuda, que já não é autónomo”* (CS4).

O idoso é visto também como uma pessoa infeliz e abandonada, sendo a segunda unidade de contexto com mais unidades de registo. Os entrevistados consideram que a solidão é um problema:

- *“A partir de determinada altura é renegado (...) acaba por estar muito só!”* (H13);
- *“Sentem -se sozinhos, perdem o contacto com os familiares”* (H10);
- *“Os filhos não lhe ligam, a única pessoa que lhe liga e que vai lá sou eu”* (CS3);
- *“Tentam-se livrar deles”* (H6). E por isso consideram que: *“ainda há muitos idosos infelizes”* (H9).

Merecem ser respeitados porque *“São as pessoas mais frágeis”* (H11) e porque *“Passou por muitas coisas na vida (...) têm sempre algo a ensinar-nos”* (H12).

Ao nível social consideram o idoso bastante válido no entanto: *“ a sociedade de certa forma põe os idosos um bocadinho de parte”* (H4).

Os enfermeiros do CS consideram que o idoso também:

- *“Precisa de muitos carinhos e miminhos”* (CS4);
- *“Já têm muito em comum com as crianças”* (CS4);

-*“Trato como uma criança, porque tenho que lhe mudar a fralda e dar-lhe banho”* (H5).  
Daí alguma tendência para a infantilização.

Pela análise feita, salientamos que os enfermeiros consideram que os idosos são pessoas dependentes, são infelizes, abandonados sobretudo pelas famílias, mas merecem-nos todo o respeito. Os enfermeiros infantilizam-nos através da comunicação utilizando diminutivos mas é por carinho segundo os mesmos, ou porque os comparam a crianças. Os enfermeiros do H salientam também que os idosos são pessoas experientes, a sociedade é que os exclui. Reconhecem-lhe utilidade à sociedade, porque estão disponíveis, ou seja não têm horário.

No entanto, os enfermeiros do CS salientam a necessidade que o idoso tem de carinho e atenção, praticamente não reconhecendo a utilidade dos idosos na sociedade, mas também não referem que a sociedade os exclui.

Pelas observações evidenciadas podemos inferir, que a solidão está presente em muitas pessoas idosas, como consequência do isolamento, abandono, do sofrimento, por carências afectivas, físicas e sociais que apresentam. Donaldson e Watson (1996), salientam que a solidão está presente num número significativo de pessoas que têm problemas físicos e psíquicos.

No entanto, Ramos (2005, p.205), refere que em relação *“à ideia generalizada da institucionalização precoce dos idosos, do abandono e negligência familiar, da diminuição da atenção aos pais e idosos, alguns estudos evidenciam o contrário. (...) as filhas, prestam cada vez mais cuidados aos seus familiares, (...), frequentemente com grandes custos pessoais e profissionais e com consequências para a saúde física e psíquica dos próprios cuidadores”*.

Comparando esta questão com a anterior percebemos que há uma contradição uma vez que na escolha do termo a utilizar entre idoso ou velho, preferem idoso por ser conotado positivamente, no entanto quando se pergunta aos

entrevistados o que é ser idoso, percebemos que, o mais evidenciado são as questões de dependência.

**Quadro 2** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a **representação do idoso**.

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		CS	H	
<b>Idoso é uma pessoa dependente</b>	Uma pessoa que está limitada de alguma maneira	1	5	6
	Já teve tanto e chegou aquela fase	-	2	2
	Precisam mais de ajuda	2	6	8
	Alguém com quem eles podem contar	-	2	2
	Dependência, de outra pessoa para a alimentação, mobilização e incontinente	-	7	7
	Pessoas com determinadas patologias	2	2	4
	Não temos muitos idosos com grandes capacidades	-	5	5
	É uma fase da vida em que a pessoa está mais dependente	1	4	5
	Já não pode dar aquilo que dava	-	5	5
	Deficits fisiológico	-	5	5
	As pessoas idosas são mais queixosas de qualquer maleita ...	1	-	1
	É terrível ouvir as pessoas idosas, especialmente (...) os acamados	1	-	1
	Mentalmente estão sem capacidades	2	3	5
	Que já não é autónomo	2	-	2
	<b>Sub total</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>58</b>
<b>Idoso é uma pessoa só /infeliz/abandonado</b>	Necessitam de apoio psicológico, no respeito, na partilha	-	2	2
	Período de solidão	2	7	9
	As famílias não cuidam tanto, nem estão com os idosos	1	6	7
	Vêm-nos como um estorvo	-	1	1
	Tentam despejá-los em instituições	-	2	2
	Ainda há muitos idosos infelizes	-	2	2
	Muitas vezes está abandonado	1	1	2
	Os idosos e as crianças necessitam de mais apoio, a todos os níveis	-	1	1
	A mim deixa-me deprimida, aqueles que vivem isolados	4	-	4
	<b>Sub total</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>30</b>
<b>Merecem-nos todo o respeito</b>	Deve ser sempre respeitado enquanto pessoa	1	13	14
	Esquecemo-nos muitas vezes do que foram, quem são, das suas famílias e tratamos todos de igual modo	-	1	1
	Tratá-la de acordo com as suas características pessoais e sociais	1	1	2
	Devem envelhecer com dignidade	-	1	1
	Abordá-los de uma forma carinhosa	-	1	1
	Nunca chamo velhotes porque isso afecta-os bastante	2	-	2

	<b>Sub total</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
<b>A infantilização</b>	Usar diminutivos não faz sentido nenhum, mas eu uso-os	-	3	3
	Quer aguinha, já tem a sua escovinha, quer tomar banhinho	-	2	2
	Trato como uma criança, porque tenho que lhe mudar a fralda e dar-lhe banho	-	3	3
	Estou a ver assim ... um tipo de crianças	1	-	1
	Não exactamente crianças, mas já têm muita coisa em comum com as crianças	3	-	3
	Birras, por coisas, para nós insignificantes, mas para eles muito importantes	2	-	2
	Ciúmes... se damos mais atenção a um, o outro fica com ciúmes	5	-	5
	<b>Sub-total</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>
<b>Idoso é uma pessoa experiente</b>	Tem uma experiência de vida da qual posso beber	-	12	12
	Pode ensinar bastantes coisas e aprender outras	-	2	2
	Para contar histórias	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>A exclusão por parte da sociedade</b>	Não produz economicamente	-	2	2
	A sociedade põe os idosos um bocadinho de parte	-	5	5
	A sociedade não os sabe aproveitar devidamente	-	1	1
	São um estorvo	-	5	5
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Idoso é uma pessoa útil à sociedade/ disponível</b>	Cada vez mais integrar os idosos na sociedade, na vida activa	-	2	2
	Fazer com que tenham uma vida mais saudável mais ajustada	-	2	2
	Bastante válidos a nível social	-	3	3
	Neste momento não há horários	-	2	2
	Têm muita força de vida	-	1	1
	Mantêm-se activos e com lucidez	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Atenção/ carinho</b>	Precisa de muitos carinhos e mimos	2	-	2
	Precisa de muita, muita atenção	2	-	2
	Eles gostam que nos preocupemos sempre com eles	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>130</b>	<b>173</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=8.6 H=10

### 3.1.2 - Análise da expressão *"Somos crianças duas vezes"*

Da análise feita aos comentários dos entrevistados em relação à questão: *"Somos crianças duas vezes"*, a maioria (treze) dos enfermeiros, tanto do H como do CS concordam com a expressão, justificada pela dependência, pela forma como necessitam e reclamam carinho, atenção e pelo envelhecimento cerebral,

provocado por certas patologias, que contribuem para o reconhecimento que somos crianças duas vezes, como podemos verificar no quadro 3 através dos testemunhos:

- *“Os idosos começam a ter actos típicos de uma criança”* (CS4);
- *“Rabugice, maus feitios, birrinhas, e as teimosias”* (CS1).

Atribuindo algumas destas atitudes ao envelhecimento cerebral fazendo com que o idoso fique mais sensível e mais debilitado ou a doenças próprias da idade que lhe causam dependência. No entanto, alguns destes entrevistados (quatro), reconhecem que são crianças duas vezes, mas:

- *“São duas crianças diferentes! Muito diferentes mesmo!”* (H7);
- *“Um idoso tem mais em termos mentais (...) tem mais vivências”* (H7).

Os entrevistados que não concordam com a expressão (cinco), consideram que:

- *“As pessoas usam mais essa frase em sentido pejorativo”* (CS5);
- *“Somos crianças uma vez (...) porque somos o somatório de uma vivência com o bem e com o mal”* (H11);
- *“A pessoa tem dependência duas vezes na vida”* (H8);
- *“Pode ter necessidades de ser auxiliado na higiene ...voltar a usar fralda ... mas não é uma criança”* (H9);
- *“Tem uma história de vida já muito maior (...) muito mais conhecimento”* (H4).

Pelos comentários apresentados, podemos concluir que os enfermeiros fazem a semelhança da criança com o idoso, devido à associação que existe na satisfação das necessidades humanas básicas: na alimentação, na higiene e na eliminação urinária e/ou intestinal, associado à dependência que pode surgir no idoso. Esta necessidade de cuidados parece-nos que leva os enfermeiros a ter uma atitude de infantilização, com manifestação de *“carinhos e miminhos”* para com o idoso. Perante esta atitude o idoso pode manifestar rejeição, que por parte dos

enfermeiros pode ser interpretada como birra de crianças. Estas atitudes por parte dos idosos, podem ser segundo Berger (1995, p.166), *“mecanismos de defesa e de adaptação para serem capazes de reduzir a ansiedade, o medo e a frustração e manter a auto-estima”*, mecanismos estes que os enfermeiros devem ter em atenção.

A tendência de tratar as pessoas idosas como crianças, advém do tempo em que o doente era visto como uma criança grande dependente e a necessitar de orientações, pior ainda a decidirem por ele o que podia e devia fazer (Collière, 1989). *“Com esta perspectiva, a pessoa idosa, em situação de doença, passa, também, a ser tratada como uma «criança grande», a não participar nos cuidados e a ficar, por vezes duplamente dependente”* (Moniz, 2003, p.114).

Esta atitude por parte dos enfermeiros não está de acordo com as necessidades das pessoas idosas que não gostam de ser tratadas como crianças, mas sim com intervenções de readaptação de prevenção, estimulando a sua auto-responsabilização (Berger, 1995), promovendo a autonomia e a sua capacidade de decisão.

Podemos concluir destas duas questões que há coerência entre o conceito de idoso e o comentário *“somos crianças duas vezes”*, sendo a razão da concordância a questão da dependência.

**Quadro 3** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com o comentário à expressão **“Somos crianças duas vezes”**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
Dependência	Precisamos dos outros duas vezes na vida	-	12	12
	Está acamada mais debilitada	-	1	1
	O idoso é criança outra vez porque não tem capacidades ou as perdeu ou assume que não as tem	-	2	2
	Tinham controle de esfíncteres e aqui perdem essa capacidade	-	3	3
	Só se é quando eles estão acamados que se tem que mudar a fraldinha dar-lhe o comerzinho... e fazer-lhe a higiene	5	5	10
	Vai-se perdendo autonomia	1	1	2

	As limitações são várias	-	5	5
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>29</b>	<b>35</b>
<b>Atenção/carinho</b>	Precisam de alguém para falar para lhes dar carinho	3	5	8
	Pelo descartar das famílias, precisa de atenção de conforto, de estar tratada como a criança	2	5	7
	Eu sou mãe de uma menina de 5 anos e vejo nela certas Atitudes que os meus doentes também têm, atitudes queixinhas	-	2	2
	Com a idade a pessoa vai buscar coisas que se reflectem na infância: rabugice, maus feitos as birrinhas as teimosias	1	-	1
	Têm tal e qual os mesmos medos (...) como têm as crianças	-	7	7
	Não conseguia dormir e só dormiu durante o tempo que eu estive ao lado dele, parecia uma criança	-	3	3
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>28</b>
<b>Envelhecimento cerebral/doença</b>	Quando estão acamados e já não estão bem da cabeça	3	-	3
	Quando eles estão já debilitados com essas doenças da moda	4	-	4
	Envelhecimento cerebral	6	-	6
	<b>Sub-total</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>51</b>	<b>76</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=5 H=3.9

### 3.2 - VIVÊNCIAS QUE OS ENFERMEIROS TÊM EM RELAÇÃO AO IDOSO

A formação das representações sociais, segundo Moscovici (1961), é também efectuada através de dois processos a objectivação e a ancoragem. A construção selectiva onde o indivíduo faz a selecção de alguns elementos que considera úteis, "gravando-os", contribui para a objectivação do esquema conceptual, daí a importância neste estudo de analisar as vivências dos enfermeiros em relação ao idoso.

#### 3.2.1 - Vivências dos enfermeiros com o idoso

Em relação à questão - **Que vivências tem em relação ao idoso?** Os entrevistados, na sua maioria reportam-se a vivências pessoais, mais precisamente às vivências com os seus avós. Os avós são por norma pessoas que

são permissivas, tolerantes e marcantes nas questões afectuosas, mas também são pessoas que passaram por momentos de sofrimento que marcaram quem afectuosamente esteve ao seu lado. Estas vivências estão patentes nas respostas dos entrevistados dando a perceber o que influenciam no desempenho da sua profissão. (Oito) dos enfermeiros do H, referem ter tido vivências com os avós e que foram positivas porque:

- *“São pessoas com quem nós aprendemos muito”* (H1);
- *“Têm uma capacidade de transmitir sentimentos e de nos conseguir compreender”* (H2);
- *“Fazem-nos as vontades”* (H1);
- *“É bom ter avós, porque temos outra perspectiva do passado e perspectivamos melhor o futuro”* (H11).

Destes (oito) entrevistados, (três) partilham algumas experiências com os avós doentes. (Um) destes refere que esta experiência trouxe algum contributo para a forma como desenvolve os cuidados de enfermagem:

- *“Quando ela estava no hospital ter o cabelo molhado e queixar-se que estava desconfortável (...) a um idoso não consigo, porque sei que está desconfortável (...) Quando faço os pensos, lembrar-me que ela também tinha e que lhe doía bastante (...) A situação da minha avó ajudou-me a compreender muito a situação das pessoas, principalmente das famílias”* (H7).

Os restantes entrevistados referem que nunca tiveram vivências com idosos, só a partir do momento que entraram no curso de enfermagem.

Dos entrevistados do CS, (três) referem que foram experiências positivas a convivência com os avós, especialmente com as avós:

- *“Deram-me educação, saber fazer as coisinhas todas em casa, isso devo à minha avó”* (CS1);
- *“Mesmo agora está a ajudar-me a compreender os idosos”* (CS4);
- *“Foram experiências boas ...”* (CS5).

Os outros (dois) entrevistados, referem ter tido pouco contacto com os avós, ou mesmo com outros idosos.

Ramos, (2005, p.209), citando Kivnick (1982), salienta algumas funções afectivas e educativas dos avós: *“assegurar a continuidade e os laços de filiação; transmitir conhecimentos; acarinhar a criança e promover o seu desenvolvimento; guardar a memória e favorecer a transmissão das tradições e valores familiares, educativos e culturais”*.

*“As vivências com os avós parece ter uma importância fundamental para gostarem de pessoas idosas, e por conseguinte gostarem de prestar cuidados de enfermagem a estas pessoas”* (Moniz, 2003, p.80).

### 3.2.2 - Experiência profissional com o idoso

O grau de satisfação da experiência profissional foi tido em conta porque tal como Moscovici (1976), as vivências que as pessoas têm influenciam a sua acção. Ainda segundo Rebelo (1996), citado por Moniz (2003), a experiência assume lugar central na aquisição de saberes fazeres, cuja análise deve ser considerada, pois permite clarificar a especificidade do trabalho de enfermagem.

Pretendemos fazer esta análise baseada na descrição feita pelos profissionais em relação ao local de trabalho e ao episódio profissional que mais o marcou, tanto de uma forma positiva como negativa.

Das respostas à questão - **Da sua experiência profissional, qual o serviço que mais o marcou?** Por parte dos enfermeiros do H conseguimos apurar que para

(seis) dos entrevistados, o serviço de medicina foi o seu primeiro local de trabalho, daí não terem termo de comparação em relação a outros serviços.

Os outros (sete), que referem ter tido outras experiências; (três) indicam que o serviço que mais os marcou foi a urgência, os cuidados de saúde primários e a saúde mental. Os restantes referem que foi a medicina o serviço que mais os marcou, porque é o serviço onde se trabalha mais com idosos, sendo com esta faixa etária que mais gostam de trabalhar porque:

*-“Com eles consigo ter muito à vontade para falarem comigo, tenho uma boa relação terapêutica” (H6);*

*-“São pessoas que estão na fase final da vida, acho que devem ter mais carinho, ter mais atenção” (H7);*

*-“Aqui na medicina as pessoas agradeciam-me e diziam-me ah! Obrigada e Deus lhe dê um menino!” (H8);*

Estes comentários são de alguns enfermeiros que mencionaram ter tido vivências com os avós.

O serviço que mais marcou os enfermeiros do CS, foi uma questão que não se tornou importante para análise deste estudo, uma vez que para (dois) dos entrevistados, os cuidados de saúde primários foram a sua única experiência profissional, daí não terem termo de comparação em relação a outros serviços. Os outros (três) referem ter tido outras experiências a nível dos cuidados diferenciados, urgência, neonatologia, maternidade e bloco operatório, tendo sido estes serviços que mais os marcaram. Não sendo serviços relacionados com o objecto de estudo não foram considerados para análise.

Pela análise do quadro 4 relacionada com a questão **“O Episódio que queira partilhar... Exemplo de uma experiência que considere positiva e exemplo de uma experiência negativa”**, os enfermeiros do H em comparação com os

enfermeiros do CS, referem experiências mais positivas, justificadas pelos aspectos afectivos e o reconhecimento do enfermeiro por parte dos idosos, a recuperação dos mesmos e os aspectos directamente envolvidos na relação de ajuda, salientado que quando a família se torna parceira dos cuidados também é uma experiência positiva.

**Quadro 4** – Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com experiências positivas de cuidados.

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
Aspectos afectivos	Os idosos estão numa fase da vida em que estão mais doentes, acho que devem ter mais conforto, mais carinho	-	6	6
	Dormiu quando eu estive ao lado dele	-	1	1
	A parte ternurenta das pessoas idosas	2	1	3
<b>Sub-total</b>		<b>2</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
Reconhecimento do enfermeiro por parte do idoso	Quando eles nos agradecem	1	6	7
	Quando eles nos conseguem expressar que gostam que a gente os esteja acarinhar ou que a gente os esteja ajudar é gratificante	-	1	1
	Deixam-nos uma atenção, uma coisa qualquer, atitudes, frases ...	-	2	2
<b>Sub-total</b>		<b>1</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Recuperação	Ver a recuperação da pessoa idosa	-	6	6
	Os nossos velhinhos que entram muito mal e depois vão quase a andar para casa	-	1	1
	Foi um senhor idoso escrever para o jornal, falava o que é ser idoso ...	-	1	1
	Sempre que se consegue salvar uma vida	-	1	1
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Aspectos relacionais/ relação de ajuda	Aqueles que são mais receptivos ao nosso carinho	-	1	1
	Muito educado e assertivo connosco	-	2	2
	Gosto muito de trabalhar com o idoso	-	1	1
	Foi sempre uma pessoa impecável até aos últimos dias	-	1	1
	Tenho o cuidado de os envolver e pô-los mais à vontade para certas duvidas que tenham	-	2	2
	O apoio que a enfermagem dá	1	-	1
<b>Sub-total</b>		<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
A envolvimento da família no cuidar	Quando os doentes têm apoio da família	-	2	2
	Quando conseguimos proporcionar um bom suporte para a pessoa	-	1	1
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>36</b>	<b>40</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=0.8 H=2.7

Pela análise do quadro 5, podemos verificar as experiências negativas dos enfermeiros.

Os enfermeiros do H, referem-se ao estado do indivíduo no seu contexto de saúde, e é evidente a dificuldade que os enfermeiros têm em lidar com a morte. Oliveira (1999), refere que a proximidade da morte pode abalar a dignidade da pessoa, o que pode desmoralizar os enfermeiros por se sentirem impotentes para a resolução de tal problema. *“Os enfermeiros sentem que o seu saber é vencido e não se sentem preparados para acompanhar a pessoa no seu fim de vida”* (Moniz, 2003, p.109). Esta dificuldade pode estar subjacente à formação dos enfermeiros onde é valorizada a vida. São formados para fazer tudo pela vida, não integrando a morte como um acontecimento que pertence à vida. Segundo Lazure (1994, p.7), *“Todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”*. No entanto, temos que considerar que só há dois momentos que são certos na vida: o nascer e o morrer, não podendo considerar estes momentos como: *“dar”* e *“tirar”*, mas sim de saber acompanhar.

Podemos constatar na opinião dos enfermeiros do H, situações de experiências negativas, tais como:

- *“A morte ainda me custa um bocadinho”* (H8);

- *“O estado de degradação que os idosos apresentam (...), chegam com cuidados de higiene muito rudimentares (...), a situação de dependência, (...) o estado de confusão”* (H11).

Também a falta de envolvimento por parte da família:

- *“No momento que o outro precisa não estarem”* (H5).

As experiências negativas dos os enfermeiros do CS, reportam-se ao contexto social do indivíduo, evidenciando os maus-tratos, o abandono, desprezo, e até a miséria em que os idosos vivem:

- *“Os idosos ficam muito abandonados”* (CS3);

- *“Deparei-me com a miséria toda que existe (...) com os nossos idosos (...) a parte que me custa lidar é com o desprezo, com o abandono o estarem sós (...)”* (CS1).

Consideram também que o apoio social e familiar são escassos:

- *“A nível social, acho que não há apoio nenhum e mesmo a nível familiar”* (CS3).

Entendemos que esta diferença, surge pelo facto dos enfermeiros do centro de saúde terem um maior contacto com a comunidade, que de acordo com Grácio (1999), os idosos deparam-se com vários problemas relacionados com a pobreza, baixos rendimentos, baixa taxa de cobertura social relativamente às suas necessidades sociais. Tal como referia Paúl (1997, p.22) *“Mais complicado que ser velho é ser pobre e chegar a velho”*.

No entanto, os enfermeiros referem que têm dificuldades na relação de ajuda culpabilizando o idoso:

- *“Alguns são mais refilões, têm mais mau feitio”* (CS1);

- *“As pessoas não são tão simpáticas como nós queremos”* (CS4).

Segundo Berger (1995, p.166) *“os idosos que são mais vulneráveis, têm que modificar os seus mecanismos de defesa para se adaptar (...) concentrando-se em uma coisa de cada vez, o idoso pode parecer rígido, «rabugento» e teimoso, mas isso permite-lhe conservar o seu nível de energia”*.

Estas experiências negativas evidenciadas pelos entrevistados, contribuem para uma representação social negativa do idoso, permitindo a criação de estereótipos que os idosos são dependentes abandonados, que sofrem, são mal tratados e desvalorizados, contribuindo para a diminuição da auto-estima dos mesmos.

**Quadro 5 - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com experiências negativas de cuidados**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Dificuldade do enfermeiro em lidar com o sofrimento/morte</b>	Criamos certas ligações com eles e depois acabam por falecer	-	3	3
	Pelas patologias, pelo sofrimento	-	5	5
	Ver o sofrimento das famílias	-	1	1
	Lidamos muito com a morte, ainda me custa um bocadinho	-	10	10
	Porque se revê um familiar nosso, custa-nos a passar	-	1	1
	Porque é que a pessoa tem de sofrer tanto para morrer	-	3	3
	As pessoas não vivem, sobrevivem	2	-	2
	Oh! menina estou a chegar ao fim, estou só à espera	1	-	1
	Eu gosto de trabalhar realmente com a vida e não com a morte, (...) nascimento, vida	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>27</b>
<b>Falta de apoio social e familiar</b>	A família nem sempre corresponder da forma como o doente precisa	3	6	9
	Há famílias que não capacidade monetária	-	1	1
	As pessoas não foram responsabilizadas	-	2	2
	Em termos sociais o suporte é pequeno	2	1	3
	A família não tem paciência, não têm disponibilidade para cuidar das pessoas	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>17</b>
<b>Estado de degradação/dependência</b>	Já estão num estado tanto físico como mental já precário	-	5	5
	O doente fica um bocado colocado à parte	-	2	2
	Com o evoluir do internamento vão piorando	-	4	4
	O número de dependentes é muito grande	-	1	1
	Reinternamentos sucessivos	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
<b>Maus tratos</b>	Lidarmos com o desprezo e com o abandono que as pessoas têm em casa	6	-	6
	Estarem sós ou não terem companhia	1	-	1
	A gente tem mesmo conhecimento de negligência feia	3	-	3
	Estão a chegar ao fim e estão a ser mal tratados	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Dificuldade na relação de ajuda</b>	É um bocado complicado nós conquistarmos uma ligação directa com eles de afecto	-	1	1
	Alguns são mais refilões, têm mais mau feitio	2	2	4
	Não gostam que a gente os ajude	-	2	2
	As pessoas não são tão simpáticas como nós queremos	2	-	2
	Às vezes acontecem confusões	1	-	1
	Eu lido mal com o idoso	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
<b>Pobreza</b>	Miséria, pobreza com os nossos idosos	3	-	3
	Temos também as condições precárias que os nossos idosos vivem, sem luz, longe de tudo é mesmo triste	2	-	2

	Sub-Total	5	0	5
<b>Dificuldade na comunicação</b>	Não consegue entrar na conversa	-	1	1
	Abstemo-nos do contacto directo, de falar com o doente, por ele não responder	-	1	1
	O doente não consegue verbalizar o que está acontecer	-	1	1
	O estado de confusão e de demência	-	1	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>		<b>34</b>	<b>56</b>	<b>90</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=6.8 H=4.3

### 3.2.3 - Os sentimentos dos enfermeiros ao cuidar e ao comunicar com o idoso

Em relação à questão – **Enquanto profissional de saúde como se sente ao cuidar do idoso?** Pela análise do quadro 5, podemos verificar que os enfermeiros do H apresentam mais sentimentos positivos do que os enfermeiros do CS.

Os sentimentos positivos de ambos os entrevistados referem-se, essencialmente, à satisfação pessoal e profissional:

- *“Aprendemos muito com eles”* (H1);
- *“Sinto-me bem ao cuidar deles”* (CS3).

O grau de satisfação sentido pelos enfermeiros, segundo Moniz (2003 p.106) *“poderá ter repercussões na forma como irá lidar com situações futuras idênticas”*.

Os enfermeiros do H evidenciam como importante, a relação de ajuda, a necessidade de dar carinho e atenção e adaptar o cuidar às necessidades:

- *“É uma pessoa com carência”* (H6);
- *“Precisa de mais cuidados”* (H3);
- *“É necessário proporcionar conforto”* (H7);
- *“Tentar melhorar a sua qualidade de vida”* (H12).

Os enfermeiros do CS evidenciam o investimento no cuidar como uma forma de obter bons resultados com os idosos. No entanto, não referem a relação de ajuda nem a componente afectiva, nem a importância de adaptar o cuidar às necessidades do idoso, como estratégia para esse investimento.

Os enfermeiros do CS, na questão anterior identificam as necessidades afectivas do idoso: o abandono, os maus-tratos, mas nos seus sentimentos no cuidar, os afectos não são evidenciados.

A análise desta questão pode conduzir-nos a duas interpretações: demonstrar por um lado a gerontofobia dos enfermeiros, que segundo Berger (1995) a atitude de apatia e de alguma indiferença leva a comportamentos desfavoráveis e negativos; por outro, a desresponsabilização do enfermeiro face à realidade do idoso (o que é e onde vive) que são factos que o enfermeiro considera alheios ao seu cuidar em enfermagem.

No atendimento das necessidades do idoso, o enfermeiro só pode ajudar, se viver sentimentos de adequação e de bem estar que decorre também, da satisfação das suas necessidades (Lopes, 1993).

**Quadro 6** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os **sentimentos positivos face ao cuidar do idoso**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Satisfação</b>	Sinto-me bem a cuidar deles	6	12	18
	Aprendemos muito com eles	-	3	3
	São muito educados e simpáticos	-	2	2
	Gosto de conversar com eles	-	2	2
	Sinto-me realizada	4	2	6
	<b>Sub-total</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>31</b>
<b>Relação de ajuda</b>	Vão precisar de mim	-	2	2
	Eu aqui posso ajudar	-	9	9
	Que ele sinta que tem aqui alguém que o possa ajudar e que pode contar com ele	-	3	3
	A relação é muito empática	-	3	3
	É engraçado ver a relação que eles têm connosco e nós com eles	-	1	1
	Às vezes uma mão um gesto cura mais que muitas terapêuticas	-	1	1

	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
<b>Carinho/atenção</b>	Tento falar com ele de forma carinhosa	-	2	2
	Ter mais compreensão	-	1	1
	Os idosos merecem mais atenção e carinho	-	12	12
	Considero os idosos uns bebés pequenos	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Adaptar o cuidar às necessidades</b>	Ir ao encontro das necessidades	-	3	3
	Fazemos aquilo que nos permitem que a gente faça	-	1	1
	Temos de ter alguns cuidados, com pessoas mais novas não temos	-	6	6
	Tentar melhorar a sua qualidade de vida	-	1	1
	Proporcionar conforto	-	3	3
	Tento adequar a minha linguagem à capacidade que eu vejo que a pessoa tem ou não...	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>16</b>
<b>Investimento no cuidar</b>	Queremos que eles realmente melhorem	-	3	3
	Se eles conseguirem fazer por eles eu não faço	-	3	3
	Tentar sempre o meu melhor	3	1	4
	Concordo que tem que se cuidar até ao final, nunca desistir disso	2	-	2
	O meu trabalho está a resultar, o doente está a melhorar	4	-	4
	<b>Sub-total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>16</b>
<b>Reconhecimento profissional</b>	Dão-nos mais valor àquilo que nós fazemos	-	4	4
	Quando (...) o meu trabalho é valorizado, sinto-me bem	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>81</b>	<b>103</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=4.4 H=6.2

Pela análise do quadro 6, podemos verificar que os sentimentos negativos demonstrados pelos enfermeiros do H e CS, apontam para a dificuldade e impotência que o enfermeiro tem ao lidar com o idoso, porque:

- "A nível físico exige mais (...), são pessoas em fase difíceis com complicações associadas de confusão e agitação" (H8).

E para sentimentos de frustração por parte do profissional:

- "Sinto-me frustrada, porque penso até do pouco que ele pode fazer, eu nem isso estou a deixar (...) não lhes posso dar tempo" (H5).

O factor tempo, na opinião de Almeida (1999), não pode ser impeditivo de uma prestação de cuidados personalizados, referindo que é no decorrer dos cuidados que podemos ter contacto directo com o doente, salientando ainda que o tempo dedicado aos cuidados de manutenção deverá ser entendido como um momento privilegiado do cuidar, permitindo que se estabeleça uma relação com o outro, através de partilha de sentimentos e vivências.

A falta de tempo dos enfermeiros e o desinteresse por parte da família, desencadeia sentimentos negativos nos entrevistados do H. Ou seja, os sentimentos negativos que emergem das suas práticas, parece ter um locus de controlo externo, numa atitude de desresponsabilização, o que pode desfavorecer a motivação dos profissionais para boas práticas.

Como já foi referido na questão anterior os enfermeiros do CS demonstram experiências negativas. No entanto em relação aos sentimentos do cuidar não evidenciam praticamente nenhuns sentimentos negativos. O facto dos enfermeiros de CS não demonstrarem sentimentos negativos, pode estar relacionado, com a eventualidade deles não considerarem os seus cuidados com uma visão holística, isto é, o contexto social e comportamental não são objecto do seu cuidar.

**Quadro 7** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os **sentimentos negativos face ao cuidar do idoso**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Dificuldade/ impotência</b>	A nível físico exige mais	-	4	4
	Especialmente quando são pessoas em fase difíceis com complicações associadas de confusão e agitação	4	4	8
	São muito mais inseguros a nível psicológico	-	1	1
	Vão perdendo as capacidades todas	-	6	6
	Têm o mesmo tipo de atitudes que a minha filha pequena, quando está doente	-	2	2

	Temos muitos doentes para tratar	-	1	1
	Às vezes não ser capaz de o fazer	-	5	5
	Se é uma situação que não tem grandes soluções é complicado, torna-se complicado	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>28</b>
<b>Frustração</b>	Sinto-me frustrada completamente	2	3	5
	Incomoda-me ver um idoso despenteado	-	2	2
	Por estar idosa já tem que fazer o que os outros querem às horas que eles querem	-	2	2
	Os índices de mortalidade no serviço de medicina são altos	-	1	1
	As comunidades não estão preparadas para ajudar a pessoa idosa	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>Falta de tempo</b>	Tenho que ser eu a fazer para ser mais rápido	-	2	2
	O tempo às vezes é curto, chamam daqui e chamam dali	-	6	6
	Quando eles não podem colaborar não os penteio	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Desinteresse por parte da família</b>	A família não vai lá as vezes que eles gostavam	-	2	2
	Dantes as pessoas davam mais apoio, havia mais ligação	-	2	2
	A vida moderna para ter dinheiro acaba por se esquecer do idoso	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>48</b>	<b>55</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=1.4 H=3.6

Em relação à questão - **Como se sente ao comunicar com o idoso?** Segundo a análise do quadro 8, constatamos que os enfermeiros do H e CS, têm necessidade de adaptar a comunicação às necessidades do idoso e apresentam algum nível de satisfação. No entanto, evidenciam as dificuldades que têm em adequar a comunicação aos idosos, porque estes têm falta de estudos e cultura, porque têm limitações físicas e cognitivas e porque os enfermeiros têm falta de disponibilidade.

Os enfermeiros necessitam de ajustar a comunicação às necessidades, que se centram nos handicaps do idoso, o que pode contribuir para uma representação social negativa do mesmo, pelo facto de algumas destas necessidades serem vistas como estereótipos.

*“A comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde,*

*às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente"* Ramos (2004, p.298).

Para além dos sentimentos que envolviam o acto de comunicar, os enfermeiros sentiram a necessidade de definir o tipo de terminologia por vezes utilizada neste acto. Os enfermeiros do H gostam de tratar o idoso pelo "*nome*", "*Sr.*", "*Sr.<sup>a</sup>*", "*mestre*"; outros gostam de tratar por termos que consideram mais carinhosos, "*querida*", "*princesa*" e ainda "*amiguinho*", "*amiguinha*", referindo que nunca tratam por "*avô*" ou por "*velho*", como podemos verificar pelos testemunhos:

*- "Chamar as pessoas pelo nome e dizer Sr." (H6);*

*- "Utilizo mestre, mestre é o que vai à frente" (H4);*

*- "Chamar avozinho não chamo (...), posso tratar Oh! Querida" (E12);*

*- "Utilizo alguns termos mais de falar com mais meiguice" (H7);*

*- "Avô, avozinho, o tratar por tu, hoje em dia ainda acontecerá mas penso que está mais esbatido" (H9);*

*- "Evito chamar o Sr. da cama não sei quantos" (H8).*

Alguns entrevistados criticam o facto de utilizarem termos terminados em "*inha*" para se dirigir ao idoso reconhecendo que a infantilização não faz sentido:

*- "Faço isto sem querer, às vezes arrependo-me, (...) pergunto-lhe se quer aguinha (...) Eu trato como uma criança..." (H5).*

No entanto também há quem considere que este tipo de trato cria uma relação de maior proximidade e que os idosos até gostam:

*- "Às vezes dou por mim a falar com eles como falo com a minha filha, levante esse rabinho (...) ajude lá com as perninhas (...) Sentem-se bem, começam a rir..." (H10).*

Os enfermeiros do CS referem que tratam sempre o idoso pelo nome ou por dona, senhor, senhora, no entanto salientam que dependendo da convivência que

tenham podem utilizar termos que consideram mais afectuosos como “princesa”, “querida”, “patrão”, conforme é visível no discurso:

-“Posso tratar por princesa ou patrão, ou uma coisa assim qualquer (...) se temos mais convívio com as pessoas idosas, estamos mais à vontade” (CS5).

-“*Umas vezes tratamos com mais miminhos*” (CS4), reforçando a ideia que nunca infantilizam nem tratam por avozinho, mas que há colegas que o fazem: “*Chamam avozinho, chamam papás ou chamam isto, ou aquilo*” (CS1).

Quando o enfermeiro infantiliza o idoso, faz emergir no profissional sentimentos apreendidos na relação infantil, reminiscências da relação com as pessoas que o cuidaram, frequentemente objectivadas no tratamento das pessoas de quem cuidam (Almeida, 1999). No entanto, temos que considerar que todos os comportamentos que infantilizam o idoso, revelam um grave atentado à integridade da pessoa, desvalorizam-na e ameaçam seriamente a sua independência (Berger, 1995).

Alguns dos entrevistados salientam a importância da disponibilidade para escutar: “*Ficar lá e ouvir, o que ele tem para dizer...*” (CS4). Segundo Bebb (1987), citado por Ribeiro (1995), ninguém duvidará que na relação enfermeiro/utente, o tempo para escutar e conversar com os utentes é fundamental para uma comunicação eficaz.

**Quadro 8** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com os **sentimentos face à comunicação com o idoso**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Necessidade de adaptar a comunicação às</b>	Falar da maneira que a pessoa gosta que se fale...	-	13	13
	Pergunto como é que eles gostam de ser tratados	-	1	1
	Ser mais cuidadosa no tipo de linguagem	2	2	4
	Dependendo do seu estado... a minha conduta também é dirigida	-	7	7
	Tento não utilizar terminologia técnica porque... penso que eles não	2	2	4

<b>necessidades do idoso</b>	chegam lá			
	Estar atento à linguagem não verbal dele	-	1	1
	Adequar a linguagem não só ao idoso por ser idoso	4	2	6
	Falo conforme a linguagem deles	5	-	5
	Cada pessoa tem o seu feitio e temos de ver como a podemos tratar...	1	-	1
	<b>Sub-Total</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>42</b>
<b>Dificuldade/ impotência</b>	Está disártico ou está afásico	-	1	1
	Às vezes é muito difícil, faltam técnicas não estamos à vontade	4	5	9
	Eles às vezes não entendem muito bem aquilo que nós estamos a dizer ... pela idade...tem um défice cognitivo	-	6	6
	As pessoas idosas ficam confusas e desorientadas	-	5	5
	Têm pouco à vontade para falar connosco	-	2	2
	Em termos de audição muitos deles têm mais dificuldades na comunicação	-	1	1
	Pensam que vão ser mal recebidos e mal tratados	-	3	3
	(...) às vezes ainda nos tratam mal	-	3	3
	Às vezes estamos num dia menos bom	-	1	1
	Não tenho coragem de dizer volte cá daqui a 10 anos porque sei que já não volta	4	-	4
	Perco a paciência facilmente	1	-	1
	A falta de cultura a falta de estudos torna mais difícil a gente tentar se explicar	3	-	3
	Há pessoas que têm idade e são iletradas	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>14</b>	<b>27</b>	<b>41</b>
<b>Necessidade de Disponibilidade</b>	Precisam que se perca tempo com eles	2	7	9
	Voltar a repetir, explicar tudo direitinho	-	2	2
	Tentar que eles percebam que nós estamos ali para cuidar deles	-	3	3
	Merecem mais atenção	-	5	5
	Falta o tempo	-	5	5
	Ouvir aqueles desabafos deles	4	-	4
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>28</b>
<b>Satisfação</b>	Gosto que entendam o que estou a fazer e o porquê	-	3	3
	Eles têm aquelas conversas do passado e que nos transmitem também alguma sabedoria	2	6	8
	Gosto de conversar, de comunicar com o idoso	1	5	6
	Às vezes sinto muito carinho	-	2	2
	Porque estou a ajudar	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>94</b>	<b>131</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=7.4 H=7.2

### 3.3 - ATITUDES/OPINIÕES DOS ENFERMEIROS FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO

*“A atitude e a maneira de ser da enfermeira perante os doentes, é um conjunto de qualidades que se manifestam, exteriormente, mas que provém da educação dos sentimentos e duma vida interior profunda” (Colliére, 1989, p.79).*

No sentido de perceber as atitudes e opiniões dos enfermeiros ao cuidar o idoso, achamos pertinente fazer algumas questões, que passamos a analisar.

#### 3.3.1 - Os cuidados de enfermagem ao idoso: “como devemos cuidar”; “se eu fosse idoso... como gostaria de ser cuidado”

Em relação à questão - **O que são para si cuidados de enfermagem ao idoso?** Podemos analisar pelo quadro 9, que os cuidados de enfermagem ao idoso são referidos pelos enfermeiros do H, como a satisfação das necessidades humanas básicas, salientado o cuidar de uma forma holística, onde é valorizada a comunicação e a relação de ajuda com o objectivo de estimular a independência e autonomia, referenciando a importância do respeito pela pessoa, a utilização das técnicas de enfermagem como as necessárias, e a importância das rotinas do serviço no seu desempenho. Enquanto que para os enfermeiros do CS, os cuidados de enfermagem ao idoso são essencialmente para a satisfação das necessidades humanas básicas e para a envolvimento da família como forma preventiva de cuidados, não valorizando a importância do estimular para a independência nem a importância do respeito.

Os enfermeiros ao cuidar do idoso, não devem debruçar-se apenas sobre os aspectos negativos deste período da vida, nem preocuparem-se unicamente com os cuidados físicos, a abordagem correcta deve ser holística, contendo as

dimensões bio-fisiológica, psicológica, sociológica, cultural e ambiental, onde deve ser dado grande ênfase a elementos como a saúde, mas também ao conforto, bem estar e às relações interpessoais. As intervenções em gerontologia visam sempre valorizar a responsabilização dos idosos pelas suas necessidades, privilegiar as acções tendentes a melhorar as suas capacidades e autonomia, e facilitar o acesso aos recursos disponíveis (Carvalho, 1997). Ajudar o idoso a aceitar os seus próprios condicionalismos, valorizando pequenas conquistas, incentivando a confiança em si mesmo, a auto-estima e o gosto pela vida, deve ser função daqueles que lhe prestam cuidados (Encarnação et al., 1998).

Em relação às rotinas referenciadas pelos enfermeiros do H, podemos salientar que na organização do trabalho algumas rotinas são importantes, *“mas impõe-se que não se tornem um fim em si mesmas, esquecendo a pessoa com a sua história de vida, com a sua cultura, os seus valores, as suas crenças, o seu querer”* (Almeida, 1999, p.80).

Não queremos deixar de salientar, também, que faz todo o sentido que a família seja envolvida no processo de cuidados ao seu familiar idoso *“cujos membros estão especialmente determinados a cuidar uns dos outros; constitui a estrutura mais eficiente no processo de cuidar”* (Moniz, 2003, p.101).

**Quadro 9** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a concepção de cuidados de enfermagem ao idoso

Unidades contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
Satisfação das NHB	Ir de encontro às necessidades das pessoas	4	5	9
	Prestar cuidados de higiene	3	5	8
	Proporcionar bem estar e conforto	1	5	6
	Dar alimentação	-	1	1
	A situação em que ele vai pedir auxílio	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>25</b>
Cuidar de forma	Tem que passar por todos os aspectos, emocionais, psicológicos	3	5	8
	Ter mais atenção a toda a parte social e cultural, ideias, crenças que eles têm na cabeça	-	2	2
	Têm uma experiência de vida por trás	-	2	2

<b>holística</b>	Preocupação num todo	-	4	4
	Perceber um bocadinho de como a pessoa vive a nível familiar	-	3	3
	Perceber que apoio necessita	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>21</b>
<b>Comunicação</b>	Conversar com o doente deixá-lo mais calmo	1	5	6
	Comunicação não verbal	-	3	3
	É necessário utilizar outros meios	-	3	3
	Explicar lhe o que lhe vou fazer	-	2	2
	Mais tolerância	-	1	1
	Conseguir dar-lhe a volta	-	2	2
	Alerta para uma comunicação verbal... queixas	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>Relação de ajuda</b>	Demonstrar que estamos ali por eles	-	7	7
	Há pequenos gestos que fazem a diferença	-	2	2
	Dar-lhe mais carinho	-	3	3
	Estabelecer uma relação empática	-	1	1
	Será um caso para dar mais atenção	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>Estimular a independência /autonomia</b>	Promover a autonomia deles	-	5	5
	Envolvê-los nas actividades de vida	-	2	2
	Temos que os fazer atingir o máximo que eles podem dar	-	2	2
	Tentar recuperar ao máximo as necessidades básicas que estão afectadas	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Respeito</b>	Respeito, pela pessoa (...) não é aquele corpo que está ali com mazelas, com feridas (...) a pessoa tem uma experiência de vida por trás...	-	6	6
		<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Fazer prevenção com a envolvimento da família</b>	Encontrar-me com a família para fazer um trabalho em conjunto	4	-	4
	Podemos fazer visitas domiciliária preventivas	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Técnicas de enfermagem</b>	As técnicas necessárias	-	4	4
	Os pensos, todas as técnicas	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Rotinas do serviço</b>	Adquirimos formas de cuidar de acordo com as rotinas de serviço	-	2	2
	É fazer quase aquilo que o médico manda	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>88</b>	<b>110</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=4.4 H=6.7

Da análise feita à questão - **Se fosse idoso como gostaria de ser cuidado?**

Podemos analisar pelo quadro 10, que os enfermeiros do H gostariam de ser cuidados com respeito, que fossem satisfeitas as necessidades, dado atenção,

carinho/simpatia, que lhe proporcionassem as técnicas adequadas mas não agressivas, que lhe preservassem a autonomia e não perdessem a identidade.

Os enfermeiros do CS valorizam ser cuidados com carinho/simpatia, “*Bons modos*” (CS3), não perder a identidade, e que as técnicas a utilizarem sejam as adequadas, que sejam respeitados e tenham atenção.

Em comparação à questão anterior parece-nos que os enfermeiros do H apresentam uma maior coerência entre o que consideram ser os cuidados de enfermagem e como gostariam de ser cuidados. Os enfermeiros do CS não apresentam esta coerência, ou seja, quando estão a necessitar de cuidados querem respeito, mas ao cuidar do idoso, o que acham mais importante é a satisfação das necessidades humanas básicas não mencionando o respeito.

**Quadro 10** – Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a **concepção de cuidar relativamente ao idoso**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
Respeito	Que não me perguntassem se eu quero aguinha e se vamos tomar banhinho, porque eu não vou ser nenhuma criança	-	2	2
	Quando me estão a lavar não gostava que me fizessem certas brincadeiras	-	7	7
	Tratassem com respeito pela pessoa que sou	3	7	10
	Chegamos lá, fazemos o que queremos e vamos embora	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>20</b>
Atenção	Que me dessem atenção, tempo para conversar	-	4	4
	Basta uma pequenina conversa (...) para o idoso ficar satisfeito	2	-	2
	Gostava que me dissessem sempre bom dia	1	2	3
	Que se apresentassem, o doente nem sequer sabe o nosso nome	-	3	3
	Ser bem recebido	-	4	4
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>16</b>
Carinho/ simpatia	Tratassem com meiguice, que fossem carinhosos	2	4	6
	Utilizar alguns termos mais carinhosos	-	1	1
	Que os enfermeiros fossem simpáticos	4	2	6
	Com um sorriso nos lábios isso muda tudo	-	1	1
	Que tivessem bons modos	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
	Tentar pelo menos saber quais são as minhas necessidades e poder sentir o máximo de conforto possível	-	9	9

<b>Satisfação das necessidades</b>	Percebessem as minhas dificuldades e limitações	-	3	3
	Sobretudo que não me sentisse sozinha e desprezada	-	2	2
	Que se sinta uma certa segurança	-	1	1
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>Não perder a identidade</b>	Tratarem-me pelo nome	2	3	5
	Não me vissem como mais um	-	2	2
	Não gostava de ser lidada como um número, mas como pessoa que sou	5	1	6
	Os nossos idosos são tratados como uns coitados	1	-	1
<b>Sub-total</b>		<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
<b>Com Técnicas adequadas</b>	Com a técnica necessária e adequada	3	3	6
	Não gostava de estar com escaras	-	2	2
	Que soubesse o que estava a fazer	2	3	5
<b>Sub-total</b>		<b>5</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
<b>Sem Técnicas agressivas</b>	Não me algaliarem, não me entubarem	-	4	4
	Tentarem não me fazer muito doer quando me mexerem	-	2	2
	Cuidados só os necessários	-	1	1
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Preservar a autonomia</b>	Que me ajudassem a preservar a minha autonomia	-	3	3
	Pudesse participar nas decisões que me dissessem respeito	-	2	2
	Não me colocassem o comer pela boca dentro quando eu dissesse que já chegava	-	2	2
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>		<b>27</b>	<b>81</b>	<b>108</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=5.4 H=6.2

### 3.3.2 - Os cuidados de enfermagem que se prestam ao idoso

Em relação à questão - **Como considera que a enfermagem cuida do idoso?**

Podemos analisar pelo quadro 11, que os enfermeiros fazem uma crítica negativa aos cuidados de enfermagem ao idoso. Ambos os enfermeiros referem que têm falta de tempo para cuidar. Os enfermeiros do H apontam para a necessidade de: *“Apostar mais na gerontologia”* (H11), porque consideram que *“está relegado para segundo plano”* (H2), constatando que *“ainda temos muito que caminhar”* (H2).

Consideram a prática de enfermagem muito tecnicista e pouco afectiva, reforçando que a falta de tempo e a má gestão de recursos, leva à despersonalização do cuidar não permitindo a envolvimento do idoso nas

actividades de vida que promovam a sua autonomia e independência. Como refere um participante:

*- "Chegamos ao pé da pessoa, fazemos o que temos a fazer e pronto!" (H3).*

Os enfermeiros do CS também referem a falta de recursos humanos, e salientam que:

*- "Acaba por ser o mínimo indispensável (...), no geral negligencia-se um bocado o idoso" (CS1);*

*- "Andamos sempre a apagar fogos e a correr de um lado para o outro, não podemos fazer um serviço bem feito" (CS2);*

*- "Necessidades de cuidados diários não são prestados" (CS5);*

*- "Não temos as melhores condições para cuidar e depois as coisas falham (...) mas acabamos por chegar... mas, se calhar não com a qualidade que nos traria alguma satisfação" (CS2);*

*- "De um modo geral vão ao encontro das necessidades do idoso" (CS4).*

A falta de envolvimento nos cuidados ao idoso, por parte da família também é realçada:

*- "Às vezes há mais problemas é com os familiares que não tomam conta deles e os desprezam e depois (...) caem em cima do enfermeiro" (CS3).*

A carga familiar pode tornar-se demasiado pesada e o enfermeiro terá que intervir. O enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental na articulação entre os cuidados de saúde primários e os demais prestadores de cuidados, devendo ajudar estas famílias a utilizar os seus próprios recursos e os existentes na comunidade, para seu benefício e autonomia (Moreira, 2001).

Ao compararmos as duas questões anteriores - O que devem ser os cuidados ao idoso? e Como gostaria de ser cuidado se fosse idoso?, com a questão, Como são prestados os cuidados de enfermagem? (questão em análise), salientamos que a operacionalização dos cuidados não é dirigida à pessoa idosa, mas sim à falta de recursos como justificação das más práticas de enfermagem, onde a falta de tempo é o primeiro a ser referenciado. Com esta questão fazem uma auto-avaliação do seu desempenho, apresentando uma crítica negativa à sua prestação de cuidados.

**Quadro 11** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com a **percepção sobre os cuidados de enfermagem ao idoso**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Falta de tempo</b>	A gente vai lá e põe o comprimido em cima da mesa e diz: isto é para tomar ao pequeno-almoço e vai-se embora	-	1	1
	Se calhar devia de ajudar mais!... mas também me falta tempo para o fazer	-	3	3
	Não nos podemos dedicar às pessoas... não há tempo	5	6	11
	No geral negligencia-se um bocado o tratamento ao idoso, em termos de cuidados	5	-	5
	<b>Sub-total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>Falta de recursos físicos/humanos</b>	Devíamos ter mais colchões anti-escara	-	1	1
	Se tivermos uma equipa receptiva conseguimos	-	1	1
	Temos falta de pessoal	-	2	2
	Por bom que a gente queira ser, nas condições em que estamos, é impossível prestar bons cuidados ao idoso	8	5	13
	<b>Sub-total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>17</b>
<b>Técnicos</b>	Há a parte dos cuidados e pronto pouco mais fazemos	-	1	1
	Uh! Uh! o aspecto relacional peca muito	-	3	3
	Ligamos muito à prática	-	4	4
	Chegamos ao pé da pessoa fazemos o que temos a fazer...	-	3	3
	É mais tecnológico do que humano	-	5	5
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Cuidados não personalizados</b>	Não temos a noção da pessoa que temos à nossa frente	-	3	3
	Não temos a preocupação de individualizar cada pessoa	-	5	5
	É preciso uma dose de afectos para administração da técnica	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>Comunicação</b>	Nem todos estão para falar com uma pessoa que sabem que não tem resposta àquilo que estamos a perguntar	-	1	1
	Em vez de estar a falar com o doente estão a falar com a auxiliar	-	1	1
	Falta de comunicação, ter um dialogo não ser um monologo	-	3	3

	Estar ao pé do doente e ouvir	-	2	2
	Ela fala muito com os doentes e depois atrasa-se	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>Rotinas</b>	Não temos quase actividades independentes, é tudo dependente... de alguém é assim	-	3	3
	Coisas muito rotinizadas	-	3	3
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Investir na recuperação/ Envolver o idoso nas AVD</b>	Permitir que ele fosse mais autónomo possível	-	1	1
	Envolvê-lo nas actividades de vida, não fazemos isso...	-	1	1
	Temos que os fazer atingir o máximo que eles podem dar	-	3	3
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Falta de envolvimento por parte da família</b>	Falta de acompanhamento dos idosos por parte da família.	2	-	2
	As pessoas estão sozinhas, esse é que é um dos problemas...	3	-	3
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>63</b>	<b>86</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=4.6 H=4.8

Em relação à questão - **Entre um idoso e um utente de outra faixa etária, os seus procedimentos são diferentes?** Podemos analisar pelo quadro 12, que os enfermeiros do H e CS consideram que os seus procedimentos são diferentes, especialmente na comunicação, sendo a abordagem diferente devido às particularidades do idoso:

- "Temos que adequar a linguagem e a nossa forma de estar"* (H9);
- "Alguns não sabem ler nem escrever"* (H10);
- "A exigência é diferente, pelas suas limitações físicas, limitações cognitivas"* (H9).

Também gostaríamos de salientar, que no discurso dos entrevistados o enfermeiro, normalmente, não pede o consentimento do idoso para lhe prestar cuidados, pelo facto de estar dependente e pela falta de tempo, contribuindo assim para a perda de autonomia do idoso:

- "O idoso diz que não quer, se aquilo tem que ser feito, aquilo é feito! (...) ser tudo um bocadinho a despachar, sem explicarmos bem aquilo que vamos fazer"* (H5).

O que nos leva a pensar que para os enfermeiros o estar dependente, poderá significar perda de autonomia.

Para o bem estar e tranquilidade da pessoa, é necessário que o enfermeiro se envolva no cuidar, de forma a facilitar a comunicação na transmissão da informação necessária, dando a oportunidade ao doente de exprimir as suas inquietações e sentimentos, promovendo assim a sua autonomia (Rodrigues, 1989).

**Quadro 12** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as **diferenças de procedimentos entre o utente idoso e os outros utentes**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Comunicação</b>	Tem que se explicar as coisas de uma forma mais simples	1	2	3
	A gente pergunta, volta a fazer a pergunta da mesma forma e aquilo não bate nada certo	-	4	4
	É mais fácil as pessoas mais novas perceberem, porque têm outro tipo de escolarização	-	4	4
	Temos que adequar a linguagem, alguns nem sabem ler nem escrever	-	4	4
	A forma como abordamos a pessoa é diferente	3	3	6
	Não ser tão agressiva na maneira de falar	1	-	1
	Eles têm uma compreensão mais lenta, muitos são surdos	2	-	2
	Os idosos necessitam de mais tempo para perceberem o que lhes estamos a dizer	1	-	1
	Precisam de mais atenção de serem ouvidos	3	-	3
	<b>Sub-total</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>28</b>
<b>Diminuição das capacidades físicas/ cognitivas</b>	A exigência é diferente, pelas limitações físicas e cognitivas	-	7	7
	Exigem um acompanhamento diferente adaptados á situação de cada doente	1	5	6
	Leva-se muito mais tempo a atender um idoso do que uma pessoa nova	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
<b>Não se valoriza a autonomia</b>	A pessoa já não está... não se dá espaço	-	1	1
	Já não tem capacidade suficiente de saber se quer ou não	-	3	3
	A gente acaba por ser tudo a despachar sem explicarmos o que vamos fazer	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Necessitam de mais respeito</b>	Trata-se com mais respeito	2	-	2
	Não se tem determinado tipo de brincadeiras ou de conversas	2	-	2
	<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>35</b>	<b>52</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=3.4 H=2.6

### 3.3.3 – Necessidades e queixas do idoso em relação a outros utentes

Em relação à questão – **Considera que o idoso tem necessidades diferentes dos outros utentes?** Podemos analisar pelo quadro 13, que de um modo geral todos os entrevistados H e CS referem que os idosos têm necessidades diferentes dos outros utentes. As razões apontadas pelos enfermeiros do H baseiam-se no facto das necessidades humanas básicas estarem mais afectadas, consideram que precisam de mais atenção/tempo, porque são pessoas mais carentes que necessitam de alguém que os ouça e que lhes dê atenção ou seja:

- *“Necessitam de alguém que dê um olho neles”* (H11);

- *“Basta às vezes passarmos a nossa mão pela cara e dizermos bom dia, perguntar como eles estão...”* (H1).

Esta demonstração de carinho está de acordo com Almeida, quando refere que *“Uma simples pressão na mão pode acalmar e tranquilizar uma pessoa”*. Citando Bernardo (1988) a mesma autora salienta que *“não há nada tão agradável como uma palavra, uma saudação amiga, um sorriso no rosto”* (Almeida, 1999, p.83, 86).

Os enfermeiros do CS, referem que os idosos têm necessidade de companhia, atribuindo predominantemente ao abandono, isolamento à solidão, à falta de afecto e de atenção principalmente por parte da família dado a grande maioria viver só: *“As famílias também se demitem muito das relações e das obrigações”* (CS2).

Ausloos (1996), refere que quando existe e está disponível, a família é, assim, o principal sistema de suporte dos seus membros dependentes e a principal fonte de manutenção da sua dignidade.

Os enfermeiros consideram que as necessidades são diferentes, argumentando com a dependência do idoso, com o abandono e solidão, o que mais uma vez reforça a representação estereotipada do idoso.

**Quadro 13** - Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as **necessidades do idoso face aos outros utentes**

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Atenção/ tempo</b>	Os idosos necessitam de tempo, alguém que os ouça	3	8	11
	Basta às vezes passarmos a nossa mão pela cara e dizermos bom dia, perguntar como eles estão	-	11	11
	São pessoas mais carentes	5	2	7
	Necessitam de mais atenção por parte de todos	3	-	3
	<b>Sub-total</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>32</b>
<b>NHB mais afectadas</b>	Muitos deles são incontinentes	-	1	1
	Têm necessidades básicas muito mais afectadas	-	2	2
	Com limitações físicas e cognitivas	-	4	4
	Têm a sua autonomia diminuída	-	2	2
	Sentem-se mais inseguros	-	7	7
	Eles estão instáveis durante a noite (...) desorientam mais	-	4	4
	Têm dependências diferentes	-	3	3
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>23</b>
<b>Estão sós necessitam de companhia</b>	Em casa estão mais sós	4	-	3
	Os nossos idosos estão abandonados	2	-	2
	Estão mais isolados	2	-	2
	Tiveram uma vida social e contactos sociais e deixaram de ter	1	-	1
	Procuram a nossa companhia e de outras pessoas	6	-	6
	<b>Sub-total</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>Ajuda nas AVD</b>	Vão necessitar de alguém que cuide deles	2	7	7
	Têm necessidade de mais cuidados	-	2	2
	Precisam de cuidados diferentes	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>13</b>
<b>Apoio da família</b>	As famílias também se demitem muito das relações e das obrigações	4	-	4
	Têm necessidade de tudo e a família não lhes dá na maioria dos casos	6	-	6
	Necessidades básicas que as pessoas menosprezam	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>		<b>39</b>	<b>55</b>	<b>94</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=7.8 H=4.2

Em relação à questão – **O idoso tem mais queixas do que os outros utentes?** As respostas são pertinentes pelo facto de muitos enfermeiros dizerem que os idosos se queixam muito e que por vezes é apenas uma chamada de atenção.

Toda a intervenção de enfermagem deve ter por objectivo permitir ao idoso viver a sua velhice o melhor possível, e para isso é necessário implicá-lo no planeamento do modo de vida mais apropriado, adaptado e que lhe seja agradável. Cada queixa ou sintoma deve ser valorizado, uma vez que há uma série de factores implicados, e deve ser ponderada a atitude a tomar, tendo como objectivo a qualidade de vida e a preservação da autonomia funcional e emotiva do idoso (Lima, 1997).

Face a esta questão os enfermeiros direccionam as suas respostas para a dor, não referindo outro tipo de queixas.

Pela análise do quadro 14, a maioria dos enfermeiros H e CS referem que os idosos têm mais queixas, porque se sentem inseguros e têm necessidade de chamar atenção para o facto de quererem companhia, que falem com eles, que lhe dêem carinho, e mais tempo: *“A maior parte das queixas que apresentam é para nos pedirem tempo”* (H8). O que nos leva a pensar que os enfermeiros não valorizam as queixas dos idosos.

No entanto também salientam que as queixas, por vezes se devem a problemas físicos reais:

*-“Têm mais queixas mas também têm a idade e o reumático (...) é normal que a pessoa tenha dores...”*(H8);

*-“Se os novos têm dores, os velhos têm que ter mais! (...) as queixas são justas (...) São reais e são justas”* (CS5).

Parece-nos que esta a atitude dos enfermeiros revela idadismo (*"âgisme"*) relacionando as queixas com a idade e não com a problemática do idoso (Berger, 1995, p.66).

Há um reconhecimento pelos enfermeiros que as queixas devem ser sempre valorizadas, mas que: *"às vezes não actuamos em conformidade"* (H11), salientando que quando são queixas referidas por pessoas mais novas: *"temos tendência a valorizar mais (...)"* (H8).

Ao cuidar de um doente com dor, é essencial que o enfermeiro adopte o ponto de vista do doente em relação à sua dor. É com o enfermeiro que o doente tem um contacto mais íntimo e prolongado o que permite uma maior confiança por parte deste, que exprime toda a sua dor esperando auxílio e alívio para o seu sofrimento (Martins, 2001).

Os entrevistados que consideram que os idosos não têm mais queixas que os outros utentes, justificam o facto quando dizem que os idosos são mais resignados e reservados:

- *"Eles às vezes têm muitas dores e não se queixam"* (CS5);
- *"Eu já sou velho já não querem saber de mim"* (H5);
- *"Suportam muitas vezes a dor só para não incomodar"* (H11).

Cada pessoa experimenta e expressa a dor de uma forma única e acrescenta significados ou explicações pessoais às suas experiências de dor.

Metzger et al (2002), consideram que atendendo aos elementos evocados pelas componentes cognitivas e afectivo-emocionais, compreende-se que, apesar de um mesmo mecanismo e de uma mesma causa de dor, os doentes não se queixem todos da mesma maneira.

A frequente exposição que os enfermeiros têm à dor dos outros pode levá-los a fazer julgamentos inapropriados acerca do significado da dor para as outras pessoas.

Todos os enfermeiros devem clarificar os seus conceitos pessoais de dor para evitar que os apliquem aos outros.

Os cuidados ao doente com dor implicam uma grande disponibilidade de tempo por parte dos enfermeiros com actuações muito mais na área do «saber» e do «saber ser».

A dor é abordada pelos profissionais de saúde, muitas vezes, segundo uma perspectiva biológica mas é importante que nos habituemos a considerar outras dimensões ligadas a manifestações dolorosas. Devemos portanto ter uma visão holística da pessoa.

**Quadro 14** – Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com as queixas do idoso em relação aos outros utentes

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		total
		C S	H	
<b>Chamada de atenção</b>	Precisam de atenções ... para sentirem alguém junto deles	-	13	13
	Muitas vezes é uma chamada de atenção	-	9	9
	Muitos deles é por não querer ir para casa	-	7	7
	Falamos com eles e ficam logo melhores	-	4	4
	A gente entra e ela começa logo aos aiis	-	3	3
	Só pela solidão que sentem	2	-	2
	Será por falta de atenção em casa	2	-	2
	Há necessidade de eles falarem	1	-	1
	As dores físicas que eles referem são mais psicológicas	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>42</b>
<b>Problemas físicos reais</b>	Têm uma patologia que as leva a isso	-	10	10
	São pessoas mais limitadas, precisam mais do nosso apoio	-	5	5
	Está farto da situação de doença	-	2	2
	As queixas são justas e reais	3	-	3
	Se os novos têm dores, os velhos têm que ter mais	2	-	2
	Têm mais dores físicas	1	-	1
	Eles queixam-se de tudo e de mais alguma coisa	1	-	1
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>24</b>
	O idoso fecha-se mais, não pronuncia aquilo que sente	-	6	6

<b>Reservados</b>	Não verbalizam as queixas, é o tal lamento de não querer incomodar	-	3	3
	Não se queixam com medo de morrer	-	3	3
<b>Sub-total</b>		<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Resignação</b>	Não se queixam de nada e afinal até se podem queixar de muito	1	3	4
	Pode ter dores e muitas vezes nem dizem, porque acabam por aceitar	-	2	2
	Percebem que são velhos desprezados pela família «eu já sou velho já não querem saber de mim»	-	2	2
	O idoso consegue sofrer	-	1	1
	Não são muito de se queixar, estiveram acostumados a outra vida e a outros tempos	1	-	1
<b>Sub-total</b>		<b>2</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>73</b>	<b>88</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=3 H=5.6

### 3.3.4 - O recurso do idoso aos serviços de saúde

Em relação à questão - **O que pensa sobre o recurso do idoso aos serviços de saúde?** Podemos analisar pelo quadro 15, que os entrevistados corroboram da mesma opinião ao referirem que os idosos recorrem aos serviços de saúde porque necessitam de atenção/solidão:

- "*Querem encontrar alguém que lhes dê atenção*" (H3);
- "*Como vivem sós*" (H12);
- "*Sentem-se sozinhos*" (H4);
- "*Por não se sentirem acompanhados em casa vêm para o centro de saúde*" (CS1);
- "*Acabam por desabafar um bocado connosco*" (H8).

Mas consideram que:

- "*Às vezes é um exagero (...) o recurso é imenso, eles estão muito dependentes de nós*" (CS1);
- "*Em vez de irem ao café, vêm ao centro de saúde ...*" (CS3), realçando a necessidade de haver centros de dia para promover mais o contacto social do qual sentem falta: "*Deveria de haver mais entretenimento para idosos*" (CS4).

Os entrevistados do H, também consideram que os idosos recorrem aos serviços porque: *“Há situações em que os idosos estão mesmo doentes”* (H5).

Também recorrem ao hospital porque a resposta dos cuidados de saúde primários não é muito eficaz: *“vêm às três da manhã, um idoso com problemas de saúde à chuva e ao vento para ter uma consulta”* (H11). E consideram que os familiares trazem os idosos ao hospital muitas vezes *“para se verem livres deles”* (H9).

O hospital é o alvo fácil e preferencial, pelos doentes idosos e suas famílias, em virtude da sua representação quase milagrosa, face à falência da organização a que acorreram (ou poderiam acorrer): O Centro de saúde. (Costa, 2002).

No modelo organizacional reprodutor do modelo biomédico medicalizante, o hospital surge como o guardião da saúde, o lugar onde tudo se resolve, numa sequência imparável de medicalização dos problemas sociais (Carapinheiro, 1993).

A experiência de cuidar implica alterações na dinâmica familiar, os cuidadores têm que reorganizar-se a nível familiar e profissional, passam a ter menos tempo para si e para a família, privando-se do seu descanso e de actividades sociais. Podem surgir situações de depressão, ansiedade, frustração, exaustão e stress nos membros da família quando esta é confrontada com a doença de um dos seus membros (Moreira, 2001).

Ramos (2005), também refere que algumas investigações realizadas na EU, têm mostrado que *“o proporcionar cuidados, por exemplo ao idoso, durante um longo período de tempo, pode ter consequências psicológicas e somáticas que afectam a saúde e bem estar do cuidador, devido ao desgaste físico e emocional, alertando-se para a necessidade de apoiar as famílias e de promover estruturas de apoio adaptadas às diferentes situações”* (Ramos, 2005, p.205).

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), entre 50% a 80% dos cuidados ao domicílio são prestados por membros da família, considerada como rede de suporte social do tipo informal de primeira linha.

De vários estudos realizados nos EUA nas três últimas décadas, Barber (1999), citado por Ramos (2005), concluiu que: *“os cuidados informais ministrados no seio das famílias constituem cerca de 80% dos cuidados ao idoso com incapacidade crónica; aproximadamente 30% das mulheres que prestam cuidados, em geral, filhas, abandonam os seus empregos ou reduzem a actividade profissional para cuidar dos pais idosos”* (Ramos, 2005, p.205).

Desta questão podemos concluir que os enfermeiros voltam a afirmar que os idosos são pessoas sós e abandonadas, que por vezes são doentes, o que contribui para uma visão estereotipada dos idosos, influenciando negativamente a representação social do idoso. Por outro lado também não queremos deixar de salientar a falta de acessibilidade referenciada pelos enfermeiros do H em relação aos cuidados de saúde primários.

**Quadro 15** – Distribuição das unidades de contexto, de registo e de enumeração, das respostas dos enfermeiros relacionadas com o recurso do idoso aos serviços de saúde

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração		Sub total
		C S	H	
<b>Atenção/solidão</b>	Têm uma pessoa que está a falar com eles e que se interessa por eles	-	14	14
	Querem encontrar alguém que lhes dê atenção	7	7	14
	Porque se sentem sozinhos	3	6	9
	Quando procuram pelos próprios meios, não acho que seja por motivo de saúde	-	3	3
	Para nós aparentemente não estão ali a fazer nada	-	2	2
	Eles vêm porque têm necessidade de falar, mais nada	5	11	16
	Aqui há alguém que os ouve	4	-	4
	<b>Sub-total</b>	<b>19</b>	<b>43</b>	<b>62</b>
<b>Necessidade física/doença</b>	Recorrem não é só por visita é por necessidade	-	12	12
	Há situações em que os idosos estão mesmo doentes	-	7	7
	É para pedir ajuda, seja ela qual for	-	4	4

	Nem que seja uma simples dor	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>Ocupar o tempo</b>	O contacto social é uma razão para eles saírem de casa	7	-	7
	É mais um sítio onde podem ocupar o tempo	-	6	6
	Precisam de estar distraídos durante o dia	-	4	4
	As salas de centro de saúde são uma zona de convívio ... para eles é o Centro de Dia	-	3	3
	<b>Sub-total</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
<b>Falta de apoio e desvalorização por parte dos familiares</b>	Recorrem porque se sentem abandonados e sem apoio em casa	3	5	8
	Quando se queixam, as pessoas não valorizam o que deviam valorizar	-	3	3
	O idoso busca porque se sente relegado	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>13</b>
<b>Falta de resposta por parte do centro de saúde e outras instituições</b>	Se houvesse recursos e outras instituições, a vinda deles seria menos frequente	-	5	5
	Se os cuidados primários estivessem organizados de outra forma, se calhar...	-	3	3
	Vêm às três, da manhã, um idoso com problemas de saúde à chuva e ao vento para ter uma consulta	-	2	2
	Para não estarem horas e horas na bicha no centro de saúde	-	1	1
	É difícil arranjar consulta no centro de saúde	-	1	1
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Pelo cansaço por parte da família</b>	A família trá-los cá mais vezes do que seria necessário para ver se eles ficam cá	-	5	5
	Muitas vezes a família traz o idoso ao hospital sem motivo	-	4	4
	A família quer no fundo ter um espaço	-	2	2
	<b>Sub-total</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>113</b>	<b>142</b>

Médias das unidades de enumeração por enfermeiro que respondeu a esta questão CS=5.8 H=8.6

## CONCLUSÕES

“Aprender a realidade do outro,  
sentir o que o outro sente, tão próximo quanto possível,  
é a parte essencial do Cuidar, na perspectiva daquele que Cuida”

Noddings

Uma vez chegados ao fim deste percurso, e dado o âmbito da nossa preocupação: **Conhecer as Representações Sociais dos Enfermeiros ao Cuidar do Idoso**, tema vasto e de grande complexidade, sentimos e acreditamos que este percurso foi apenas o início de uma longa “viagem” que é o mundo das representações sociais dos indivíduos no contexto do cuidar.

Conscientes que as conclusões a que chegámos, apenas dizem respeito aos participantes deste estudo, torna-se necessário salientar que os dados obtidos não são possíveis de serem generalizados, tendo sido nossa intenção “mostrar” e não demonstrar. No entanto, servem estes dados para reflectirmos sobre as representações que os enfermeiros têm do idoso e como essas representações direccionam o seu cuidar em enfermagem. Levando-nos a reflectir sobre as atitudes e opiniões do cuidar ao idoso, perspectivando a intervenção ao nível das práticas de enfermagem, com condutas adequadas à pessoa idosa.

Os dados apresentados, permitem-nos entender a questão conceptual do que é ser idoso e de que forma as vivências podem influenciar esse conceito. Permitem-nos igualmente compreender as representações sociais que os enfermeiros têm implícitas nas suas práticas.

Desta forma podemos concluir, que está presente em todos os capítulos que o idoso é uma pessoa dependente muitas vezes só e abandonado pelas famílias e necessita de atenção. No entanto há alguma diferença de resultados entre os enfermeiros do hospital e do centro de saúde, sendo que, é mais evidente nas

respostas dos enfermeiros do centro de saúde a questão que se relaciona com a solidão e o abandono por parte das famílias. Esta constatação por parte dos enfermeiros do centro de saúde, poderá estar relacionada com o facto destes terem uma intervenção e um conhecimento na comunidade com maior conhecimento da situação socio-económica e familiar do idoso. A falta de recursos estruturados para uma intervenção multidisciplinar e multi-institucional, numa perspectiva de intervenção integrada entre saúde e acção social, provavelmente traz sentimentos de impotência aos enfermeiros do centro de saúde, em que as exigências da sua prática faz com que estabeleçam prioridades na área técnica, não lhe sendo permitida a disponibilidade para ter um papel de educador, de promotor de parcerias com as famílias e os vários recursos da comunidade na melhoria da qualidade de vida do idoso.

De seguida vamos apresentar as breves conclusões relacionadas com os sub capítulos da análise dos dados.

Quanto ao **Conceito de idoso/velho/envelhecimento**, maioritariamente os enfermeiros deste estudo, em relação à representação do que é ser idoso, o mais evidenciado é este ser considerado como uma pessoa dependente, só, infeliz e abandonado, excluído pela sociedade e infantilizado. O significado menos salientado é o reconhecimento que o idoso é uma pessoa que nos merece todo o respeito, que é uma pessoa experiente e útil à sociedade, pela sua disponibilidade e que necessita de atenção e carinho.

A maioria considera que os idosos são “crianças duas vezes” pela dependência provocada pelas várias patologias, pelo próprio envelhecimento, pela forma como reclamam a atenção e carinho e pelos comportamentos de rabugice, teimosia e birras. A minoria que não considera os idosos “crianças duas vezes” atribui ao facto destes terem mais vivências.

Quanto às **Vivências que os enfermeiros têm em relação ao idoso**, a maioria dos enfermeiros teve experiências com os idosos, reportando-se às vivências com

os seus avós. Consideram-nas positivas, porque os avós são mais permissivos, afectuosos e influenciaram a sua aprendizagem, transmitiram-lhe emoções, sentimentos e a consciencialização do passado e uma melhor perspectiva do futuro.

Podemos concluir que os enfermeiros que referem maior satisfação profissional a trabalhar com idosos são os mesmos que tiveram vivências com os avós. No entanto alguns enfermeiros, também referenciam a vivência com os avós num processo de doença dos mesmos o que pode contribuir para a representação que ser idoso é ser doente. Mas este facto também nos parece que tenha permitido por parte dos enfermeiros a identificação das necessidades afectuosas e de conforto na prestação de cuidados ao idoso doente.

Os enfermeiros do hospital salientam mais experiências positivas do que os enfermeiros do centro de saúde. Estas experiências dos enfermeiros do hospital reportam-se aos aspectos afectivos, ao reconhecimento por parte dos idosos pelos cuidados prestados, à recuperação do mesmo e à inserção de outros cuidadores para a continuidade de cuidados.

Os enfermeiros do centro de saúde, consideram experiências positivas, pela questão afectuosa e pelo reconhecimento que o idoso demonstra dos seus cuidados.

No entanto os enfermeiros também se reportam a experiências negativas: os enfermeiros do hospital, têm dificuldade em lidar com sentimentos e emoções nos momentos de crise como a morte, a falta de apoio familiar, o estado de degradação, de dependência e com a dificuldade em comunicar com o idoso. E os enfermeiros do centro de saúde têm dificuldade pela falta de apoio familiar e pelos maus tratos a que o idoso é sujeito, mas também pela forma como os idosos se relacionam com os enfermeiros: *"são refilões, fazem birras e têm mau feitio"*.

Em relação aos sentimentos dos enfermeiros ao cuidar do idoso, os enfermeiros do hospital, apresentam mais sentimentos positivos e só estes evidenciam a

relação de ajuda. Em ambos, estes sentimentos positivos referem-se à satisfação pessoal e profissional e à aprendizagem.

Os Sentimentos negativos, tem a ver com a dificuldade que os enfermeiros têm na prestação de cuidados ao idoso pelo esforço físico e emocional, sendo que os enfermeiros do hospital apresentam sentimentos de frustração por reconhecimento que existem maus cuidados prestados, provocando a redução de autonomia do idoso e pelo índice elevado de mortalidade presente nesta faixa etária.

No que diz respeito à comunicação os enfermeiros têm necessidade de adaptar a comunicação às necessidades do idoso, pelas limitações e deficiências que o mesmo apresenta, como a falta de estudos e pelas suas limitações físicas e cognitivas.

Quanto aos termos utilizados na comunicação, ambos os enfermeiros, referem que tratam o idoso pelo nome ou por outros termos que consideram mais carinhosos, o que nos parece contribuir para a infantilização do idoso.

Quanto às **Atitudes/opiniões dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem ao idoso**, os cuidados de enfermagem para os enfermeiros do hospital, são cuidados que devem satisfazer as Necessidades Humanas Básicas, com uma visão holística em que a comunicação e a relação de ajuda é importante, no sentido de estimular a independência/autonomia do idoso, onde o respeito é importante, para prestar estes cuidados, sendo necessário o uso da técnica e as rotinas do serviço.

Para os enfermeiros do centro de saúde, os cuidados de enfermagem reportam-se essencialmente à satisfação das Necessidades Humanas Básicas e o fazer prevenção com a envolvência da família.

Ao compararmos a questão - Como gostaria de ser cuidado?, com a anterior, concluímos que os enfermeiros do hospital são coerentes nas suas respostas, ou seja, o que eles entendem por cuidados de enfermagem vai ao encontro da forma

como gostariam de ser cuidados. Enquanto que os enfermeiros do centro de saúde, demonstram alguma incoerência, porque nesta questão o que eles mais evidenciam é o respeito a atenção, carinho e simpatia, não perder a identidade, não referenciando a satisfação das Necessidades Humanas Básicas, sendo esta a mais evidenciada na questão anterior.

Na opinião dos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem que se prestam, os enfermeiros do hospital, fazem uma crítica negativa aos cuidados prestados. Consideram-nos muito tecnicistas e que não promovem a autonomia do idoso; desculpabilizam-se pela falta de tempo e referem a necessidade de apostar na formação em gerontologia. Os enfermeiros do centro de saúde, também criticam negativamente os seus cuidados e as razões que apontam, são a falta de tempo, de recursos físicos e humanos e a falta de envolvimento dos familiares.

Os procedimentos dos enfermeiros são diferentes ao cuidar do idoso em relação a outros utentes, pela diminuição das capacidades físico/cognitivas que se reflecte na forma de comunicar com o idoso. Os enfermeiros do centro de saúde, salientam também a importância do respeito, e os enfermeiros do hospital, também reconhecem que pelos seus procedimentos não valorizam a autonomia do idoso.

Estes profissionais, consideram que o idoso tem necessidades diferentes em relação a utentes de outra faixa etária: os enfermeiros do hospital referem que essa diferença tem a ver com a satisfação das Necessidades Humanas Básicas, que precisam de mais atenção e tempo e que necessitam de ajuda nas Actividades de Vida Diárias; os enfermeiros do centro de saúde, consideram que o idoso necessita de mais companhia, de apoio da família e ajuda nas Actividades de Vida Diárias.

Em relação às queixas, os enfermeiros referem-se às queixas centradas na dor, e consideram que o idoso tem mais queixas do que um utente de outra faixa etária,

na sua maioria para obter mais atenção. Também justificam como sendo natural ter dores, porque faz parte do envelhecimento, ou ainda porque têm patologias associadas. Pensam que alguns idosos são mais resignados, ou seja, têm dor mas não manifestam.

Ambos os enfermeiros consideram que os idosos recorrem aos serviços de saúde porque precisam de atenção e estão sós, para ocupar o tempo e porque têm falta de apoio e são desvalorizados por parte dos familiares. Para além disso, os enfermeiros do hospital consideram que eles recorrem por uma necessidade efectiva, porque há falta de respostas por parte dos Cuidados de Saúde Primários e de outras instituições, e pelo cansaço da família.

Ao terminarmos este trabalho estamos conscientes que o estudo das representações sociais que os enfermeiros têm face ao idoso na prestação de cuidados, pode proporcionar informações muito úteis, no sentido de sensibilizar os profissionais para a mudança de mentalidades e comportamentos, que permitam a desmistificação dos preconceitos acerca da velhice e do ser velho, possibilitando o reconhecimento deste grupo etário, como heterogéneo, com necessidades individualizadas e que não permitam a desvalorização, marginalização e rejeição de que os idosos são muitas vezes objecto. Pode igualmente promover uma comunicação mais adequada com os idosos nos cuidados de saúde.

É suposto da parte dos profissionais, uma adequada preparação para a compreensão do envelhecimento humano e as suas implicações globais para a comunicação em contexto de cuidados de saúde, dado tratar-se de uma problemática que, cada vez mais exige uma maior atenção e intervenção a fim de que as necessidades e expectativas desta população sejam satisfeitas.

Estes novos desafios exigem uma postura e gestão diferenciada da profissão de enfermagem, no sentido de uma actualização das práticas, do acesso a informação e educação permanente.

O enfermeiro que trabalha em gerontologia deve tornar-se no veículo de saber gerontológico, para informar os outros intervenientes menos especializados. Deve, da mesma forma, desempenhar um papel defensor relativamente aos idosos e às suas necessidades, e ao respeito pela sua identidade e especificidades.

Pelos problemas sociais e de saúde que a velhice acarreta, é necessário mudanças de políticas de saúde e de políticas sociais a fim de se criar recursos estruturados para uma intervenção multidisciplinar e coordenada promovendo melhor qualidade de vida do idoso.

" Não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando se não lhes dá condições para uma sobrevivência digna (...) é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos, do que anos à vida precariamente vivida"

(Netto, 2002, p.9)

## BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, M. C. (2003). **Cuidados e Cuidadores - Um estudo sobre a interacção do idoso dependente com os prestadores de cuidados em contexto domiciliário**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

ABRIC, J. C. (1987). **Coopération, compétition et représentations sociales**. Friburgo, Delval.

ABRIC, J. C. (1994). **Partiques Sociales et Représentations**. Paris, PUF.

ALBARELLO, L. et al. (1997). **Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais**. Lisboa, Gradiva.

ALMEIDA, M. L. (1999). *Cuidar o Idoso: Revelações da prática de Enfermagem*. In **O Idoso-Problemas e Realidades** Coimbra. Formasau - Formação e Saúde, Lda.

ANTUNES, A.; GUIMARÃES, G. (1998). *Reabilitação do idoso no domicílio*. In **Geriatrics**, Lisboa, (11, 106), Junho, p. 23-26.

AUSLOOS, G. (1996). **A competência das famílias: tempo, caos, processo**. Lisboa, Climepsi.

BAGAGEM, M. P. (1992). *Pessoas Idosas - Presente e Futuro*. In *Servir*, Lisboa, (15, 3), Maio - Junho, p. 158-164.

BAPTISTA, M. M. (1996). *Estereotipia e Representação Social - uma abordagem psico-sociológica*. Textos de Apoio, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

BARDIN, L. (1997). *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

BELL, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa, Gradiva-Publicações Lda.

BERGER, L.; POIRIER D. M. (1995). *Pessoas Idosas - Uma abordagem global - Processo de Enfermagem por Necessidades* - Lisboa, Lusodidacta.

BERNARDO, Frei. (1992). *Bioética e Saúde*. Porto, Edições Amigos de Frei Bernardo.

BERNARDO, M. H. (1994). *Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa. Um desafio para o 3º milénio*. In *Servir*, Lisboa, (42, 2), p. 58-63.

CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto, Edições Afrontamento.

CARVALHO, M. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures, Lusociência, Lda.

CARVALHO, M. M. (1997). *Enfermagem geriátrica. Uma necessidade*. In *Geriatrics*, Lisboa, (10, 100), Dezembro, p. 13-18.

CARVALHO, P. M. (1989). **A Magia da idade - Reflexão Médico-Sociológica sobre o envelhecimento**. Coimbra, Edição do autor.

CARMO, H; FERREIRA, M. M. (1998). **Metodologia da Investigação Guia para Auto-Aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta.

CASTRO F. V.; et al. (1999). **Construcción psicológica da la identidad regional: tópicos y estereótipos en el processo de socialización el referente a extremadura**. Badajoz, Gráfica Disputación Providencial de Badajoz.

CASTRO, P. (2002). *Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici*. In *Análise social*, (37, 164), p. 949-979.

COLLIÉRE, M. F. (1989). **Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CÓNIN, C. (1999). **Geografia do Envelhecimento da População Portuguesa Aspectos Sociodemográficos 1970-2021**. Lisboa, Departamento de prospectiva e Planeamento, Comissão para o Ano Internacional das Pessoas Idosas 1999.

CORDO, M. (1999). *Saber Envelhecer*. In *Saúde e Bem Estar*, (58), p. 8-47.

CORREIA, J. M (1994). *Recomendações sobre assistência aos idosos e educação em geriatria*. In *Geriatrics*, Lisboa, (6,55), p.27-30.

CORREIA, J. C. (2004). **As Representações Sociais do Suicídio em adolescentes com e sem Tentativas de Suicídio**. Monografia de licenciatura em Psicologia Aplicada. Lisboa, I SPA.

COSTA, M. A. (1998). **Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados**. Lisboa, Fim de Século Edições.

COSTA, M. A. (1999). *Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros*. In **O Idoso-Problemas e Realidades**. Coimbra. Formasau - Formação e Saúde, Lda.

COSTA, M. A. (2002). **Cuidar de Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. Coimbra, Formasau - Formação e Saúde, Lda.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2004). **Plano Nacional De Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos**. Lisboa, 2V-Vol.I - Prioridades, 88p. - Vol.II - Orientações, 216p. I SBN.

DOISE, W. (1990). *Les représentations Sociales*. In GHIGLIONE, R. et al, **Traité de Psychologie Cognitive**. Paris, Dunod.

DOISE, W. (1992). *L'ancrage dans les études sur les Représentations Sociales*. In **Bulletin de Psychologie**, (405), p. 189-195.

DONALDSON, J.; WATSON, R. (1996). *Loneliness in elderly people: an importante are for nursing research*. In **Journal of Advanced Nursing**, (24), p.952-959.

DUNCAN, H. A. et al (1995). **Dicionário Andrei para enfermeiros e outros profissionais da saúde**. São Paulo.

ENCARNAÇÃO, N. et al. (1998). *Intervenção do terapeuta ocupacional no apoio domiciliário da pessoa idosa. Breves reflexões*. In **Geriatrics**, Lisboa, (11, 104), p. 25-26.

ERMIDA, J. G. (1995). *Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde*. In **Temas Geriátricos**, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (1)

FERREIRA, A. et al. (1994). **Exclusão Social. Factores e tipos de pobreza em Portugal**. Oeiras, Celta editora.

FERREIRA, M. M. (2002). **O utente idoso – conhecer para melhor comunicar e intervir**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa, Universidade Aberta.

FERNANDES, A. A. (1997). **Velhice e Sociedade**. Oeiras, Celta Editora.

FERNANDES, P. (2000). **A depressão no idoso**. Coimbra, Quarteto Editora.

FILHO, E.; NETTO, M. (1998). **Geriatrics – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo, Editora Atheneu.

FONTAINE, R. (2000). **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa, Climepsi Editores.

FORTIN, M. F. (1996). **O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização**. Loures, Lusociência.

GÂNDARA, M. N.; LOPES, M. A. (1994). *Cuidar em enfermagem*. In **Enfermagem em Foco**, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, (4, 16), p.40-46.

GAUT, D.; LEINNINGER, M. (1991). *Caring: the compassionate healer*. In **National League for Nursing**, New York, p.189.

GOMES, I. D. et al. (1998). *Cuidar do idoso com doença crónica no domicílio: vivência dos familiares face aos cuidados de enfermagem*. In **Pensar Enfermagem**, (2, 2), 2º Semestre, p.49.

GRACIA, T. I. (1988). *Representaciones sociales, teoria y método*. In GRACIA, T. (org), **Ideologias de la vida cotidiana**. Barcelona, Sendai.

GRÁCIO, E. I. (1999). *Apoio social e financeiro na terceira idade*. In **O Idoso-Problemas e Realidades**. Coimbra. Formasau - Formação e Saúde, Lda.

HALL, M. R. et al. (1997). **Cuidados Médicos ao Doente Idoso**. Lisboa, Climepsi.

HESBEEN, W. (1997). **Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures, Lusociência.

ILHÉU. (1996). **Isolamento e Pessoas de Idade - uma reflexão**. Comunicação ao Forum Social, Évora.

JACOB, L. (2001). **Envelhecimento**. [Acedido a: 18 de Outubro de 2005] disponível na Internet: <http://luisjacob.planetaclix.pt/gerontologia.htm>

JODELET, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. In MOSCOVICI, S. **La Psychologie Sociale**. Paris, PUF.

JODELET, D. (1989). *Les Représentations sociales: un domaine en expansion*. In JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris, PUF.

LAZURE, H. (1987). **Vivre la relation d'aide**. Montréal, Décaire éditeur.

LAZURE, H. (1994). **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa, Lusodidata.

LIMA, A. P.; VIEGAS, S. M. (1988). *A Diversidade Cultural do Envelhecimento: a construção social da velhice*. In **Psicologia**. Lisboa, (4,1), p.149-158.

LIMA, J. A. (1997). *Ser idoso: que mudança, que adaptação*. In **Nursing, revista técnica de enfermagem**. Lisboa, (10, 113), Julho/Agosto, p.28.

LIMA, L. P. (2002). *Atitudes: estrutura e mudança*. In VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (orgs), **Psicologia Social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

LOPES, M. A. (1993). *Como eu estou a cuidar?*. In **Servir**. Lisboa, (41, 2), p.59-67.

MANLEY, K. (1989). *As carências e o apoio dos familiares*. In **Nursing**, (2, 18), p.13 - 17.

MARTIN, E.; JUNOT, J. (1997). *Gerontologia*. Paris, Masson.

MARTINS, L. (2000). *Mitos e preconceitos face ao doente com dor*. In **Curso de enfermagem na dor - Textos de Apoio**. Amadora, Instituto de Formação em Enfermagem.

MATOS, M.; AVELAR, T. (2000). *A Explicação Evolutiva do Envelhecimento*. In **Geriatrics**. Lisboa, (13, 126), Junho, p. 5-10.

MEGÍAS, L. F. (1994). *La visita a domicilio. Generalidades*. In **Atención domiciliaria: diagnosticos de enfermaria**. Madrid, McGraw-Hill, Interamericana.

MELO, A. C. (1998). *A Competência do Enfermeiro no Cuidar do Idoso - Opinião dos Idosos e dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

METZGER; et al. (2002). **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Lusociências, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

MIRANDA, J. R.; MIRANDA, L. A. (1998). *As representações que o Enfermeiro tem do Idoso*. In **Sinais Vitais**, (19), Julho.

MONIZ, J. M. (2003). **A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A prática de cuidados com experiência formativa**. Lisboa, Lusociência.

MOREIRA, I., M. (2001). *O doente terminal em contexto familiar - Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra, Formasau - Formação e Saúde Lda.

MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, PUF.

MOSCOVICI, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, PUF.  
2ª Edición.

MOSCOVICI, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar.

MOSCOVICI, S. (1981). *Social Representations, Social Cognition*. London, Academie Press.

MOSCOVICI, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales. In JODELET, *Les Représentation Sociales*. Paris, PUF. 3ª Edition.

NEGREIROS, M. A. (1995). *As Representações Sociais da Profissão de Serviço Social - Uma análise empírica em contexto autárquico*. Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social.

NETTO, M. P. (2002). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Editora Atheneu.

NETO, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa, Universidade Aberta, Vol I

NÓBREGA, S. M. (2003). *Sobre a teoria das representações sociais*. In MOREIRA, A.; JESUÍNO, J., (orgs), *Representações Sociais - Teoria e Prática*. João Pessoa, UFPB/Editora Universitária.

NOGUEIRA, P. C. (1996) **O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono.** Lisboa, I SPA.

OLIVEIRA, A. (1999). **O Desafio da Morte.** Lisboa, Editorial de Noticias.

PAIST, S.; JAFRI, A. (1997). *Avaliação funcional em doentes idosos – Dados para melhorar a qualidade de vida.* In **Posgraduate Medicine.** Lisboa, (7, 1), Janeiro, p.13-26.

PAÚL, M. C. (1994). *Panorama Demográfico dos idosos em Portugal.* In **Geriatrics.** Lisboa, (7, 70), Dezembro, p.21-26.

PAÚL, M. C. (1996). **Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos.** Braga, Empresa Gráfica do Norte, Lda.

PAÚL, M. C. (1997). **Lá Para o Fim da Vida - Idosos, Família e Meio Ambiente.** Coimbra, Almedina.

PEREIRA, M. (2001). **Cuidar de Idosos Dependentes - Expectativas dos Prestadores de Cuidados.** Lisboa, ESEMFR.

PHANEUF, M. (1995). **Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira.** Coimbra, Cuidar.

PIEDRALA, G. (1991). *Salud en la tercera edad: Problemas y soluciones.* In **PIEDRALA G. et al. Medicina preventiva e salud pública.** Barcelona. Ediciones científicas y técnicas. 9ª Edição.

POIRIER, J. et al. (1995). *Histórias de vida. Teoria e prática*. Oeiras, Celta Editora.

PORTUGAL; Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro. *Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)*. In *Diário da Republica*. Lisboa , I Série, 1996. (205). 2959-2962.

PORTUGAL; Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Cria a ordem dos enfermeiros e aprova o respectivo estatuto*. In *Diário da Republica*. Lisboa, I Série, (1998). (9398), 1739-1756.

QUARESMA, M. L. (1992). *O papel da família e da comunidade local*. In *Serviço Social: ser idoso hoje*, (2-3), Maio-Agosto / Setembro-Dezembro, p.37 – 40.

RAMOS, N. (2001). *Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural*. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (35, 2), p. 155-178.

RAMOS, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.

RAMOS, N. (2005). *Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos*. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (39, 1), p. 195-216.

REBELO, L.; AGOSTINHO, M. (1998). *Família: do conceito aos meios de avaliação*. In *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, (32), p. 6

REIS, J. J. (1998). O envelhecimento. In *Geriatrics*, (9, 83), p. 14-31.

RIBEIRO, L. F. (1995). **Cuidar e Tratar em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral**. Lisboa, Educa.

ROACH, M. S. (1993). **The human act of caring**. Ottawa, Ontário Canadian Hospital Association Press.

ROACH, M. S. (2003). **Introdução à Enfermagem Gerontologia**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.

ROBERT, L. (1994). **O Envelhecimento**. Lisboa, Instituto Piaget.

ROBERT, L. (1995). **O Envelhecimento - Factos e Teorias**. Lisboa, Instituto Piaget.

RODRIGUES, P. (1978). *Aspectos Físicos do Envelhecimento*. In **Servir**, (26, 1), Janeiro- Fevereiro, p. 24-29.

RODRIGUES, O. (1989). *A humanização e os cuidados de enfermagem nos hospitais*. In **Servir**, (32, 4), Julho - Agosto, p. 208-213.

ROUQUETTE, M. L. (2003). *Introdução ao Estudo do Conhecimento Social*. In MOREIRA, A.; JESUÍNO, J., (orgs), **Representações Sociais - Teoria e Prática**. João Pessoa, UFPB/Editora Universitária.

RUFÍÉ, J. (1987). **O sexo e a morte**. Lisboa, Dom Quixote.

SAN MARTIN, H. et al. (1990). **Epidemiologia de la Vejez: Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?**. Madrid, Interamericana Mc Graw-hill.

SANTOS, P. C. (1995). **A Depressão no Idoso: factores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de Centros de Dia e residentes no domicílio**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Badajoz, Universidade da Estremadura.

SHIN, S.; KLEINER, H. (2001). *The psychological Effects of Working in a Rcially Hostile Environment*. In **International Journal of Sociology and Social Policy**, (27, 10), p.59-64.

SILVA, A. S. (1995). *A ética e os cuidados de enfermagem ao idoso*. In **Enfermagem em Foco**, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, (5, 19), p.31-34.

SIMÕES, A. (1985). *Estereótipos Relacionados com os Idosos*. In **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra, (19), p. 207-234.

VALA, J. (1986). *Sobre as representações sociais - para uma epistemologia do senso comum*. In **Cadernos de Ciências Sociais**, (4), Abril, p. 5-30.

VALA, J. (1986). *Análise de conteúdo*. In SILVA, A.; PINTO, J. (orgs.), **Metodologia das ciências sociais**. Porto.

VALA, J.; MONTEIRO M. B. (2002). **Psicologia Social**. Fundação Calouste Gulbenkian. 5ª Edição.

VALA, J. (2002). *Representações sociais e psicologia do conhecimento quotidiano*. In VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (orgs.), **Psicologia Social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 5ª Edição.

VAZ, E. (1998). *Mais Idade e Menos Cidadania*. In **Análise Psicológica**. Lisboa, (4,16), p.621-633.

WATSON, J. (1988). **Nursing: human science and human care - a theory of nursing**. New York, National League for Nursing.

YIN, P.; HARRIS, M. (2002). *Gender Stereotyping of Managers and the Self-Concept of Business Students across their Undergraduate education*. In **Woman in Management Review**, (17, 8), p. 364-372.

# ANEXOS

## ANEXO I

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no Centro de Saúde de Óbidos



## ANEXO II

Pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo de Peniche



# ANEXO III

## Guião da entrevista





## ANEXO IV

Ficha de caracterização da população

**UNIVERSIDADE ABERTA**  
**V MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**GUIÃO DE ENTREVISTA**

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Duração da entrevista \_\_\_\_\_

Realização de um estudo, no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde.  
Pretendo saber quais as Representações Sociais dos Enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados

- É confidencial, anónimo

- Se permitir gostava de fazer uma gravação áudio, para que possamos conversar sem eu estar preocupada com os registos.

Agradeço a sua colaboração.

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

A presente ficha será utilizada apenas para efeitos da investigação, garantindo-se o seu anonimato, pelo que não deve ser assinado ou rubricado.

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Anos de Serviço \_\_\_\_\_

Experiência profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Habilitações literárias:

- Bacharelato \_\_\_\_\_ - Licenciatura \_\_\_\_\_

- Pós- graduação em \_\_\_\_\_ - Mestrado em \_\_\_\_\_

- Formação, na área da gerontologia \_\_\_\_\_

- Outras \_\_\_\_\_

**Tema:** "Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados".

### **Conceito de idoso/velhice/envelhecimento**

Qual a representação que tem do idoso?

"Somos crianças duas vezes" gostaria de comentar esta expressão?

### **Vivências que os enfermeiros têm em relação ao idoso**

Que vivências tem em relação ao idoso?

Da sua experiência profissional, qual o serviço que mais a marcou? Porquê?

Episódio que queira partilhar...Ex. de uma experiência que considere positiva e ex. de uma experiência negativa.

Enquanto profissional de saúde como se sente ao cuidar do idoso?

O que sente ao comunicar com o idoso?

### **Atitudes/opiniões dos enfermeiros face aos cuidados de enfermagem ao idoso**

O que são para si cuidados de enfermagem ao idoso?

Entre um idoso e um utente de outra faixa etária, os seus procedimentos são diferentes?

Como considera que a enfermagem cuida do idoso?

Se fosse idoso como gostaria de ser cuidado?

Considera que o idoso tem necessidades diferentes dos outros utentes?

O idoso tem mais queixas do que os outros utentes?

O que pensa sobre o recurso do idoso aos serviços de saúde?

Obrigada pela sua colaboração