



**Maribel Domingues  
Carvalhais**

**Relação enfermeiro-idoso: valores e crenças.**



**Maribel Domingues  
Carvalhais**

**Relação enfermeiro-idoso: valores e crenças.**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e gerontologia, realizada sob a orientação científica da Dr.<sup>a</sup> Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

“ Quem nunca cheirou uma flor, nunca olhou uma estrela, não é um homem. Geralmente olha-se para o idoso como alguém improdutivo, doente, ...à espera da morte”.

## **o júri**

presidente

**Doutor Carlos Fernandes da Silva**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Doutora Margarida Maria Batista Mendes Pedroso de Lima**  
Professora Associada da faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa**  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro (Orientadora)

**Doutor Carlos Joaquim Magro Diogo**  
Professor Coordenador da Escola Superior Bissaya Barreto

## **agradecimentos**

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, orientação, apoio e incentivos de várias pessoas.

Assim sendo não pretendia iniciar a apresentação deste trabalho sem antes expressar a gratidão a todos quantos colaboraram nele, dando-me toda a ajuda, apoio, compreensão, amizade e acompanhamento nos passos que tiveram que ser dados na concretização do mesmo.

Seguidamente irei, então fazer referência especial a todos aqueles que colaboram activamente neste trabalho para expressar, de modo personalizado, os meus sinceros agradecimentos:

A Dr.<sup>a</sup> Liliana Sousa, o meu especial agradecimento, pelo tempo disponibilizado, apoio, paciência, colaboração e orientação prestada ao longo da realização desta tese de Mestrado.

A minha irmã Lucibel um especial agradecimento pela ajuda prestada na realização da colheita de dados e elaboração dos incidentes.

A Dr.<sup>a</sup> Margarida Cerqueira pela disponibilidade prestada.

A todos os entrevistados, pela disponibilidade e atenção com que me atenderam.

Não posso no entanto, deixar de testemunhar todo o carinho por quem mais partilhou das minhas alegrias e desalentos de todo este processo; a minha família em especial, em particular ao meu marido.

## palavras-chave

Valores; crenças; relação enfermeiro/idoso.

## resumo

A enfermagem, enquanto profissão e ciência, tem ao longo da última década, desenvolvido inúmeros estudos que lhe permitem acompanhar a evolução social e incorporar os avanços científicos e tecnológicos em áreas afins. Uma das mudanças sociais, com grandes implicações na enfermagem, que tem vindo a ser estudada, é o atendimento (relação) com uma clientela específica, cada vez mais idosa.

A compreensão do universo dos cuidados a idosos, tanto por quem os presta (enfermeiros), como por quem os recebe (idosos), constitui um campo de investigação, com implicações no exercício da profissão e na formação, que se insere num sistema de crenças e de valores. Os cuidados de enfermagem estão, inevitavelmente, envoltos por concepções, crenças e valores, existentes em quem os presta – enfermeiros – e em quem os recebe – por exemplo, os idosos. As crenças e valores, de cada parte, interagem e reflectem-se em atitudes e comportamentos.

Na enfermagem reconhece-se que os comportamentos e atitudes são uma pedra angular da profissão, influenciados pelo território institucional e pelo sistema de hábitos e valores tecnológicos, económicos, sociais e, até, jurídicos que o meio institucional segrega e gere. Os idosos constituem um dos grupos populacionais que mais recorre aos cuidados de enfermagem. Os seus valores e crenças sobre os enfermeiros, os cuidados de saúde, as doenças, acabam por determinar as atitudes que terão em relação aos cuidados que lhe são prestados.

Quando enfermeiros e idosos se encontram numa relação de cuidados estabelecem uma relação, em que os valores e as crenças de cada uma das partes se vai combinar nos valores e crenças que envolvem a relação que estabelecem. Torna-se, então, relevante estudar os valores e crenças existentes na relação entre enfermeiros e idosos, e como esses aspectos podem estar a envolver a interacção em aspectos positivos ou negativos. Para atingir estes objectivos utilizou-se a técnica dos incidentes críticos, solicitando aos inquiridos o relato de um episódio/evento (positivo ou negativo), envolvendo enfermeiros e idosos/adultos. A amostra é composta por três subgrupos: 30 idosos, 30 adultos e 30 enfermeiros. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo.

Os principais resultados do estudo indicam que tanto os idosos, como os adultos perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções que teórica e legalmente lhe é atribuída, podendo assim argumentar que existe consistência social entre o que é a enfermagem e o que as pessoas esperam dos profissionais de enfermagem. Neste trabalho, as vertentes técnicas e relacionais, resumem as principais funções dos enfermeiros, na sua perspectiva conceptual e legal. Da análise das categorias emergentes verifica-se que os envolvidos na relação (enfermeiros e idosos) tendem a centrar a sua postura no outro.

Assim, cada um acha que a “boa ou má” relação deriva da postura do outro, não colocando a sua postura em *causa* ou, talvez, assumindo que é a *correcta*. Os enfermeiros parecem ter uma visão pouco técnica do seu papel junto dos idosos, dando maior relevância a vertente humana (relacional). O enfermeiro dá mais importância à vertente relacional, contudo mais centrada no comportamento do outro (idoso ou família do idoso), do que no seu comportamento (apenas a categoria “o enfermeiro sente que ajudou o idoso”). Neste estudo, verifica-se ainda uma complementaridade de objectivos e/ou expectativas fundamentais numa relação: o idoso quer ser ajudado e o enfermeiro quer ajudar.

É de salientar a importância que a competência na relação de ajuda assume para idosos e adultos, em ambos os sexos, apesar de haver uma maior valorização por parte dos idosos.

A indisponibilidade também é valorizada por idosos e adultos, por norma devido ao pouco tempo dispensado aos utentes e pela demora, acabando por ter um impacto quer na prestação técnica de cuidados, quer na relação de ajuda.

Os resultados desta pesquisa terão impacto em: alterar e otimizar padrões de actuação dos enfermeiros, no sentido de melhorar a prestação de cuidados ao indivíduo idoso, família e comunidade; nesta sequência, poder-se-á esperar maior satisfação em relação aos cuidados de saúde, tanto por quem os presta (enfermeiros), como por quem os recebe (idosos). As implicações deste estudo são relevantes, ainda, ao nível da formação em enfermagem, pois permitem perceber como os valores estão a influenciar o seu desempenho profissional.

**keywords**

Values; beliefs; relationship nurses/elderly.

**abstract**

Throughout the last decade, nursing as profession and science developed innumerable studies. These allowed it to follow the social evolution and to incorporate the scientific and technological advances in similar areas. One of the social changes, with great repercussions in nursing, that has been object of study, is the treatment (relationship) of a specific *clientele*, ever more aged. The understanding of the universe of the cares to the elderly, taking into account the ones who provide them (nurses) as well as the ones who receive them (elderly), constitutes in itself a research field. This bears repercussions in the exercise of the profession and training, which are embedded in a system of beliefs and values. Nursing cares are, inevitably, wrapped up in conceptions, beliefs and values. These are present in the ones who provide them - nurses - and in the ones who receive them - for example, the elderly. Beliefs and values, on each part, interact and reflect upon attitudes and behaviours.

Nursing already acknowledges behaviours and attitudes as corner stones of the profession. These are influenced by the institutional territory, the habits' system and technological, economic, social and even legal values which the institutional sphere segregates and manages. The elderly constitute one of the population groups that resort more to nursing cares. Their values and beliefs on nurses, health care, illnesses end up determining their attitudes towards the cares that are provided to them.

When nurses and elderly are in a health care relationship, they establish a relationship where values and beliefs of each part combine into the values and beliefs that involve the established relationship. It is therefore relevant to study the existent values and beliefs in the relationship between elderly and nurses, and how these can be enfolding the interaction with positive or negative aspects.

To reach these goals it was used the critical incident technique, requesting the inquired a description of an episode/event (positive or negative), involving nurses and elderly/ adults. The sample was constituted by three sub-groups: 30 elderly, 30 adults and 30 nurses. The data was analyzed using content analysis.

The main results of the study indicate that both elderly and adults regard nursing in accordance with the definition and functions that theoretically and legally are attributed to it. Thus, it possible to argue that there is social consistency between what nursing is and what people expect from nursing professionals. In this work, both technical and relational aspects summarize the main roles of nurses, in a conceptual and legal perspective.



From the emergent categories analysis it is possible to verify that the ones involved in this relationship (nurses/elderly) tend to focus their posture in the other. Thus, each one finds that a "good or bad" relationship derives from the posture of the other, never placing his/hers posture in question or, perhaps, assuming that it is the *correct* one. Nurses seem to have a less technical perspective of their role when dealing with the elderly, giving a higher relevance to the human side (relational). The nurse tends to give more importance to the relational side, however the he/she is more focused on the *other's* behaviour (elderly or family of the elderly) rather than in his/her behaviour (only the category "nurse feels that he/she helped the elder"). In this study, it is also possible to verify that there is complementariness of goals and basic expectations in what concerns the relationship: elderly want to be helped and the nurse wants to help. Another fact to point out is the importance that competence assumes in the aid relationship in what concerns elderly and adults (both genders), though elderly tend to value it more. Unavailability is also valued by elderly and adults; usually it is due to the little time spared to users and delay. This consequently causes an impact both in care technical assistance and in the help relationship.

The results of this research will have impact in: the modification and optimization of nursing performance standards. They aim at the improvement of care assistance to the elderly, family and community; consequently, it is possible to expect a greater satisfaction in what regards health cares, both by the ones who provide them (nurses) as well as by the ones who receive them (elderly). The implications of this study are already relevant at nursing training level, since they allow to perceive how these values influence the professional performance.

# ÍNDICE

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| <b>ÍNDICE</b>   | 1             |
| <b>ÍNDICE DE QUADROS</b>  | 3             |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>  | 5             |
| <b>SIGLAS</b>   | 6             |
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 7             |
| <b>CAPÍTULO 1.</b>  |               |
| <b>A RELAÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM: O CASO DOS IDOSOS</b>         | 11            |
| <b>1. ENVELHECIMENTO E VELHICE</b>                                  | 12            |
| 1.1. ENVELHECIMENTO: CONCEITO                                       | 12            |
| 1.2. VELHICE: CONCEITO  | 13            |
| <b>2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>                                    | 16            |
| 2.1. DEFINIÇÃO DE CUIDAR  | 16            |
| 2.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR                                   | 18            |
| 2.3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR AO IDOSO                          | 20            |
| 2.4. EMERGÊNCIA DOS CUIDADOS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM            | 24            |
| <b>3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS</b>                         | 28            |
| 3.1. FORMAÇÃO NA ÁREA DA GERIATRIA/GERONTOLOGIA                     | 28            |
| 3.2. ESPECIFICIDADES DOS CUIDADOS AOS IDOSOS                        | 31            |
| 3.3. NECESSIDADE DOS IDOSOS   | 35            |
| 3.4. DESAFIOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS                            | 38            |
| <b>CAPÍTULO 2.</b>  |               |
| <b>OS VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO</b>             | 42            |
| <b>1. VALORES E CRENÇAS: CONCEITO, ORIGEM E EFEITOS</b>             | 43            |
| <b>2. VALORES E CRENÇAS SOBRE A VELHICE E ENVELHECIMENTO</b>        | 45            |
| 2.1. VALORES E CRENÇAS QUE EMERGEM DA HISTÓRIA                      | 45            |
| 2.2. VALORES E CRENÇAS NA ACTUALIDADE                               | 49            |
| 2.3. IMAGENS ASSOCIADAS AS CRENÇAS E VALORES                        | 56            |
| <b>3. VALORES E CRENÇAS SOBRE A ENFERMAGEM E ENFERMEIROS</b>        | 59            |
| 3.1. EMERGENTES DA PROFISSÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM               | 59            |
| <b>4. IMPACTO DOS VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO</b> | 64            |
| 4.1. IDOSOS VISTOS PELOS ENFERMEIROS                                | 64            |
| 4.2. ENFERMEIROS VISTOS PELOS IDOSOS                                | 67            |

|   |     |
|---|-----|
| 4.3. RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO   | 70  |
| <b>CAPÍTULO 3.</b>  |     |
| <b>ESTUDO EMPÍRICO: VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E IDOSOS</b> | 81  |
| <b>1. OBJECTIVOS E METODOLOGIA</b>  | 82  |
| 1.1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO  | 82  |
| 1.2. OBJECTIVOS   | 82  |
| <b>2. METODOLOGIA</b>   | 83  |
| 2.1. INSTRUMENTO  | 83  |
| 2.2. RECOLHA DE DADOS   | 84  |
| 2.3. AMOSTRA  | 87  |
| 2.3.1. SELECÇÃO E RECOLHA DA AMOSTRA  | 88  |
| 2.3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA  | 89  |
| 2.4. ANÁLISE DOS DADOS  | 93  |
| <b>CAPÍTULO 4.</b>  |     |
| <b>APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS</b>                                    | 98  |
| 1. IDOSOS   | 99  |
| 2. ADULTOS  | 109 |
| 3. ENFERMEIROS  | 117 |
| <b>CAPÍTULO 5.</b>  |     |
| <b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>   | 125 |
| <b>CONCLUSÕES</b>   | 146 |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | 152 |
| <b>ANEXOS</b>   | 167 |
| ANEXO I – RECOLHA DOS INCIDENTES CRÍTICOS À IDOSOS                              | 168 |
| ANEXO II – RECOLHA DOS INCIDENTES CRÍTICOS À ADULTOS                            | 170 |
| ANEXO III – RECOLHA DOS INCIDENTES CRÍTICOS À ENFERMEIROS                       | 172 |
| ANEXO IV – CATEGORIAS EMERGENTES DOS INCIDENTES                                 | 176 |

## ÍNDICE DE QUADROS

### TEORIA

|  | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| QUADRO I – RELAÇÃO CRENÇAS/ATITUDES..... | 79            |

### METODOLOGIA

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR GRUPO ETÁRIO   | 93            |
| QUADRO II - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS PELO ÍNDICE DE BARTEL   | 93            |
| QUADRO III - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR HABILITAÇÕES ACADÉMICAS                                  | 94            |
| QUADRO IV - DISTRIBUIÇÃO DOS ADULTOS POR FAIXA ETÁRIA   | 94            |
| QUADRO V - DISTRIBUIÇÃO DOS ADULTOS POR IDADE E SEXO  | 95            |
| QUADRO VI - DISTRIBUIÇÃO DOS ADULTOS POR HABILITAÇÕES ACADÉMICAS                                  | 95            |
| QUADRO VII - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR FAIXA ETÁRIA  | 96            |
| QUADRO VIII - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS POR IDADE E SEXO                                       | 96            |
| QUADRO IX - DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O LOCAL DE TRABALHO                              | 97            |
| QUADRO X - CATEGORIAS EMERGENTES DOS INCIDENTES RELATADOS PELOS IDOSOS                            | 98            |
| QUADRO XI - CATEGORIAS EMERGENTES DOS INCIDENTES RELATADOS PELOS ADULTOS                          | 99            |
| QUADRO XII - CATEGORIAS EMERGENTES DOS INCIDENTES RELATADOS PELOS ENFERMEIROS                     | 100           |
| QUADRO XIII - VALORES DOS IDOSOS EM RELAÇÃO AOS ENFERMEIROS                                       | 103           |
| QUADRO XIV - VALORES DOS IDOSOS DE ACORDO COM O SEXO  | 104           |
| QUADRO XV - VALORES DOS IDOSOS DE ACORDO COM O GRUPO ETÁRIO                                       | 106           |
| QUADRO XVI - VALORES DOS IDOSOS SEGUNDO AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS                                | 108           |
| QUADRO XVII - CATEGORIAS REFERIDAS PELOS IDOSOS DE ACORDO COM A SUA PONTUAÇÃO NO ÍNDICE DE BARTEL | 110           |

|   |     |
|---|-----|
| QUADRO XVIII - CATEGORIAS REFERIDAS PELOS IDOSOS CONSIDERANDO A IDADE DOS ENFERMEIROS | 112 |
| QUADRO XIX- VALORES DOS ADULTOS EM RELAÇÃO AOS ENFERMEIROS                            | 113 |
| QUADRO XX- VALORES DOS ADULTOS SEGUNDO O SEXO   | 114 |
| QUADRO XXI - DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DOS ADULTOS SEGUNDO A IDADE                     | 116 |
| QUADRO XXII - VALORES DOS ADULTOS SEGUNDO AS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS                  | 118 |
| QUADRO XXIII - VALORES DOS ADULTOS SEGUNDO A IDADE DOS ENFERMEIROS                    | 120 |
| QUADRO XXIV - VALORES DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AOS IDOSOS                           | 121 |
| QUADRO XXV - VALORES DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O SEXO                                   | 122 |
| QUADRO XXVI - VALORES DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO                          | 124 |
| QUADRO XXVII - VALORES DOS ENFERMEIROS SEGUNDO A IDADE DOS IDOSOS                     | 126 |
| QUADRO XXVIII - VALORES DOS ENFERMEIROS SEGUNDO O SEU LOCAL DE TRABALHO               | 128 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| FIGURA 1 – VALORES DOS IDOSOS, ENFERMEIROS E ADULTOS..... | 131           |

## **SIGLAS**

**HIP-** Hospital Infante D. Pedro

**ICN-** Concelho Internacional de Enfermeiros.

**OMS-** Organização Mundial da Saúde.

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

## INTRODUÇÃO

Considerando que cada pessoa tem as próprias percepções da realidade que a envolve e que cada um constrói a sua realidade, torna-se importante procurar conhecer as crenças e valores na relação enfermeiro/idoso, com base na pluralidade das opiniões expressas pelos idosos e pelos enfermeiros.

Segundo Quivy & Campenhoudt, (1992), os componentes humanos são intencionais e inspiradas, de modo mais ou menos consciente, por um conjunto de representações mentais, fora dos quais não podem ser compreendidos.

Neste contexto, os cuidados em enfermagem são marcados por concepções, crenças e valores, que resultam do encontro de valores e crenças de quem procura os cuidados e de quem os presta.

Para além dos valores individuais dos envolvidos, existe igualmente influência dos valores veiculados pelo sistema social. Os sujeitos podem aderir a estes valores sem os questionar, mas também podem procurar compreender o seu significado, razão de ser e constrangimentos, de modo a tentar situar o que orienta e é subjacente a sua acção.

Se todo o processo de cuidados se insere num sistema de crenças e de valores, de que são portadores os parceiros de cuidados, importa compreender melhor o fundamento das crenças, a sua natureza, modo de transmissão e modificação, a fim de tomar consciência da multiplicidade dos sistemas de crenças e valores que podem influenciar a concepção dos cuidados de enfermagem e a sua incidência sobre a prática.

Assim, a enfermagem desempenha uma importante função social que ao longo dos tempos, se tem vindo a consolidar e a diferenciar, como resultado da sua acção, pois tem trazido às pessoas, ao longo da vida e nos momentos mais difíceis da sua existência, grandes benefícios (Moniz, 2003).

A valorização da produtividade e da juventude, como símbolo de progresso e da saúde, na sociedade actual, coloca as pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade à exclusão social, por não se reverem nestes atributos. Com efeito, à velhice, ainda, são atribuídas representações predominantemente negativas, tais como: demente, aborrecido, dependente e doente (Mota, 2001).



A natureza e as exigências das organizações de saúde, centradas nos progressos tecnológicos, na doença e na cura, não tem conseguido providenciar, de forma plena, às pessoas idosas cuidados personalizados, nem tem apoiado devidamente as suas famílias, pois quando “um sistema de saúde se centra fundamentalmente na cura tem poucos recursos para oferecer a esta população, onde a maioria tem problemas crónicos” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 98).

A função dos enfermeiros é ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e idade. No entanto, no que se refere às pessoas idosas, não tem havido uma mobilização pouco significativa dos enfermeiros para trabalharem em serviços onde predominam estas pessoas. Estas reacções parecem estar em consonância com as atitudes negativas, os mitos e os estereótipos em relação as pessoas idosas, ao envelhecimento e à doença crónica, presentes na sociedade, a que os enfermeiros, como membros dessa sociedade, não estão imunes (Moniz, 2003).

Para melhor compreender este contexto é fundamental conhecer e compreender as crenças e valores herdados do passado: o que deu origem à prática dos cuidados, o que orientou a sua evolução, através dos costumes e das crenças que valorizam o corpo sofredor, pobre, desamparado e isolado cada vez mais do grupo. Acresce a importância das crenças e valores fundados no primado da tecnologia, desenvolvida a partir de todo um conjunto de hábitos de hiper-tecnicidade, a ponto de deixar de imaginar outras maneiras de proceder. Interessa, igualmente, conhecer e compreender a valorização da saúde, considerada como uma entidade em si, padrão de todas as avaliações sistemáticas, das formas de vigilância e de controlo em referência a um sistema de crenças normativas, ditas científicas, justificando todas as campanhas de educação sanitária. Importa, ainda, perceber as diferentes formas de condicionamento, provenientes do meio de trabalho: estruturas hierárquicas, organização do trabalho, processo de decisão. Tudo o que encerra o conjunto de significados, representações e valores mais ou menos codificados que se utilizam para agir e fazer-se compreender nos debates, poderia, assim, ser aprendido ou transformado no contexto perigoso e complexo das relações humanas no trabalho porque, aí, os indivíduos experimentam, em maior ou menor grau, um verdadeiro condicionamento das aptidões para comunicar (Collière, 1989).

A literatura e a investigação têm demonstrado que as imagens negativas sobre a velhice acabam por ter consequências efectivas nos cuidados da saúde, por exemplo:

presta-se frequentemente menos informação aos mais velhos do que aos jovens, pois assume-se que aos idosos falta a compreensão e capacidade de apreender. Os profissionais de saúde têm de combater a gerontofobia, o ageísmo, a infantilização e modificar as suas atitudes e comportamentos relativamente aos idosos, de modo a prestarem cuidados mais adequados. Especificamente os enfermeiros (destacados por serem o nosso objecto de estudo) têm de reavaliar as suas crenças sobre os idosos e o processo de envelhecimento, de forma a combater os mitos, preconceitos e estereótipos que possam ter influência nociva nos cuidados que prestam (Mota, 2001).

Mas, não são apenas os enfermeiros que tem uma imagem dos idosos, estes também criam uma imagem dos enfermeiros, tais como: a ideia que se tem do que é ser enfermeiro, normalmente transmitida na comunidade; experiências ao longo da vida com os cuidados de saúde, em geral, e os cuidados de enfermagem, em particular.

Por isso, é importante desenvolver estratégias de intervenção no campo dos cuidados aos idosos que permita a quem cuida e a quem é cuidado ter atitudes e comportamentos assertivos. Há, ainda poucos estudos acerca da imagem do enfermeiro. Sabe-se que as exigências que se colocam a estes profissionais são, essencialmente: atenção, disponibilidade, eficiência, criatividade, competência técnica e profissional. Muitas vezes, é complicado responder a todos estes parâmetros, principalmente, porque há uma baixa dotação de pessoal de enfermagem nos serviços de idosos, o que tem como consequência a falta de tempo e recursos, o que tende a reduzir a motivação e, até, fomentar o *burnout*.

Os cuidados prestados aos idosos são, de modo geral, muito centrados na vertente técnica, sendo enfatizada a rapidez e execução de técnicas e, frequentemente, descurada a relação de ajuda entre enfermeiro e idoso.

Por outro lado, é a competência relacional dos enfermeiros, aquela que os doentes idosos mais valorizam, que segundo Adam (1991), é a condição determinante da qualidade dos cuidados de enfermagem, que se pretendem individualizados. Perdem-se, de facto, muitas possibilidades de crescimento e de desenvolvimento de capacidades, quer para os doentes idosos, quer para os enfermeiros.

Como já foi referido, a prestação de cuidados aos idosos, centra-se muito numa vertente tecnicista. Por isso, se considera que o modelo biomédico seja ultrapassado e que o modelo biopsicossocial seja adoptado, pois nos cuidados ao idoso (tal como a qualquer

outro utente) há que assegurar o bem-estar físico, psíquico e social, oferecendo qualidade de vida.

Face a esta problemática julgamos pertinente compreender melhor a relação enfermeiro/idoso, seus valores e crenças. Tal constitui-se na questão central condutora do nosso trabalho. Assim, o objectivo global deste estudo é compreender os valores e crenças que os enfermeiros e idosos têm em relação à sua interacção e como poderão estar a influenciar essa interacção de forma positiva e/ou negativa.

Este trabalho encontra-se organizado e estruturado em 5 capítulos e termina com uma conclusão. No primeiro capítulo iremos reflectir acerca dos conceitos de envelhecimento e velhice, assim como sobre os cuidados de enfermagem, sua definição e evolução histórica e a emergência dos cuidados profissionais em enfermagem. Alude-se, ainda, aos cuidados de enfermagem aos idosos, onde se inclui a formação na área de geriatria/gerontologia, especificidade dos cuidados e necessidades dos idosos e desafios na formação dos enfermeiros.

O segundo capítulo inicia-se com uma breve abordagem sobre os valores e crenças, seguindo-se a análise da sua influência sobre a velhice e envelhecimento; a sua história e actualidade e quais as imagens a esta associada. Reflecte-se, igualmente, sobre os valores e crenças na enfermagem e emergentes da profissão e formação em enfermagem, para a seguir analisar o impacto dos valores e crenças na relação enfermeiro-idoso e como cada qual vê o outro.

O terceiro capítulo refere-se ao estudo empírico, em relação ao qual são apresentados de forma mais detalhada, os objectivos e metodologia utilizada. Na metodologia abordaremos o instrumento, recolha de dados, amostra e análise dos dados. O quarto capítulo dedica-se à leitura e interpretação dos dados. Segue-se o quinto capítulo onde se desenvolve a discussão dos resultados. Por fim, na conclusão apresentam-se os dados que consideramos mais relevantes e pertinentes para a problemática em estudo.

## **CAPÍTULO 1**

### **A RELAÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM: O CASO DOS IDOSOS**

Neste primeiro capítulo iremos abordar a relação de cuidar em enfermagem: o caso dos idosos e situa-lo no contexto actual. Numa primeira parte analisaremos a definição de envelhecimento e velhice. De seguida iremos descrever detalhadamente o conceito de cuidar; sua evolução histórica e aplicabilidade dos cuidados pelos profissionais de saúde. Por último, iremos mencionar quais os cuidados de enfermagem aos idosos. Aqui analisaremos a formação na área de geriatria/gerontologia; a especificidade dos cuidados aos idosos, suas necessidades e desafios na formação dos enfermeiros.

## **1. ENVELHECIMENTO E VELHICE**

### **1.1. ENVELHECIMENTO: CONCEITO**

A velhice não é um conceito fácil de definir, por exemplo, um adolescente de 15 anos, terá a tendência para considerar que uma pessoa de 30 anos já é velha. Mas, comecemos por analisar o conceito de envelhecimento.

Envelhecer é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e ritmos diferentes para cada ser humano (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Trata-se de um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, inevitável (pelo menos no estado actual dos conhecimentos), inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação (Neto & Cruz, 2000; Trigo & Lourenço, 1998). O envelhecimento é um processo universal e complexo, pode ser considerado como um processo contínuo que acompanha todo o indivíduo ao longo da vida; é um fenómeno normal, inerente à vida e universal. No entanto, uma evolução mais rápida e mais notória observam-se nas últimas fases da vida das pessoas (Fernandes, 2000).

O envelhecimento é diferente para cada sujeito, porque é constituído por muitas vivências e experiências e inscreve-se nas relações que se estabelecem (por exemplo, com os avós, vizinhos e amigos). Portanto, trata-se de um processo que é acompanhado por um conjunto complexo de factores emocionais, psicológicos e sociais específicos (Mota *et al.*,

2001; Moniz, 2003). Pode ser encarado como o “coroamento” das etapas da vida, pois traz a *colheita* do que se aprendeu e viveu. Ou, pode considerar-se que envelhecer é um privilégio recente (uma vez que a esperança de vida apenas nas últimas décadas permite à maioria das pessoas lá chegar), sobretudo, pela riqueza de experiência social que acarreta (Mota *et al.*, 2001). De facto, é um processo contínuo de transformação do ser humano como ser único. Desta forma, quando nos referimos ao envelhecimento dos organismos vivos, pensamos num processo cíclico de mudanças, caracterizado por um ritmo de degeneração e morte, recomposição e vida.

O envelhecimento é, então, um processo natural, comum a todas as pessoas, que se inscreve no ciclo de vida biológico (constituído pelo nascimento, crescimento e morte), sendo vivido de forma variável consoante o contexto social e familiar. No contexto em que as determinantes sociais são importantes no processo de evolução da pessoa, o desenvolvimento do conceito que cada pessoa tem de si vai emergindo. Este conceito pode, por vezes, consistir numa configuração organizada da percepção de si, admitidos pela consciência e ser percebido como fruto da interacção social, aparecendo com um produto da sociedade (Moniz, 2003).

## 1.2. VELHICE: CONCEITO

O conceito de velhice é controverso, ser velho tem sido definido pela idade cronológica, pelo estado funcional ou pela ocorrência de determinados acontecimentos na vida (tais como a reforma ou a viuvez). Pode considerar-se que ser velho é uma combinação desses vários factores, mas ainda ficam pendentes outras questões: será diferente “ser velho”, “parecer velho” e “sentir-se velho”? (Mota, *et al.*, 2001).

A velhice concebida a partir da idade cronológica, é assumida como a idade oficial, dada pelo Bilhete de Identidade. Constitui, talvez, o conceito mais habitual. De facto, a maior parte das pessoas quando pensam em velhice, pensam em muitos anos cronológicos, porém envelhecer é um processo que ocorre ao longo da vida. Há quem considere que se começa a envelhecer desde o nascimento, contudo um conjunto de pesquisas considera que o processo de envelhecimento fisiológico começa a ocorrer na terceira década de vida (Trigo & Lourenço, 1998).

A idade cronológica é a “medida” mais comum para definir quem é velho: a Organização Mundial de Saúde considera que é velho quem tem 65 anos ou mais nos países desenvolvidos, ou 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento. No entanto, esta forma de definir a velhice coloca vários problemas, tais como: há um conjunto de estudos mostram que, pelo menos nos países desenvolvidos, só pelos 70-75 anos, os sujeitos mostram sinais de envelhecimento funcional e se sentem velhos (Heikinnen, 2000). De qualquer forma é inegável que a idade cronológica constitui um dos elementos de diferenciação entre as pessoas, determinando atributos específicos para cada faixa etária e obrigando os indivíduos a assumirem comportamentos “próprios” da sua idade.

Quando se toma como referência a idade funcional, está-se a fazer corresponder a velhice ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, tomando como referência o estado mais comum em cada grupo etário. Contudo, o estado psicológico e social do sujeito pode não depender da idade nem do estado funcional (Fernandes, 2000; Mota *et al.*, 2001; Paúl, 1997).

A velhice pode, ainda, ser definida por acontecimentos de vida, entre os quais se destacam a reforma ou a viuvez.

A reforma marca o início de uma época onde o indivíduo vai dispor livremente do seu tempo e usufruir de bens e serviços que a sociedade e o esforço de uma vida lhe oferecem. Todavia, muitos reformados, e de forma crescente, são indivíduos isolados, com pouca sociabilidade e baixo poder de consumo. Paralelamente, muitos reformados começam a apresentar problemas de saúde e incapacitação (sobretudo se exerceram profissões associadas a mais esforço físico) e, assim, a ligação entre aposentação e incapacidade prejudica a imagem social dos idosos, colocando-os como não produtivos (um *peso* para a sociedade), desvalorizando-se o apoio que dão às suas famílias e o esforço que fizeram ao longo da vida (Mota *et al.*, 2001; Neri & Freire, 2000; Tavares, 2002). Um olhar atento ao que acontece no mundo dos negócios ou dos *media* revela algo diferente. Por exemplo, os magnatas do ramo das comunicações ou da indústria, os actores, jamais são designados por “velhos”, principalmente, quando são homens (Barros, 1987; Neri & Freire, 2000).

A viuvez é, talvez, o acontecimento mais marcante na vida dos idosos, principalmente, das idosas, pois devido a sua maior longevidade, são sobretudo elas que ficam sós. A perda, especialmente, de pessoas que foram motivo de um grande bem-estar, como por exemplo de um conjugue, amigo, familiar ou colega, pode provocar stresse por vários

motivos, sobretudo: solidão e consciência da proximidade da própria morte (Mota *et al.*, 2001; Neri & Freire, 2000; Tavares, 2002).

Apesar da dificuldade em definir com exactidão “velhice”, podemos afirmar que não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. Se é verdade que o idoso, tal como qualquer indivíduo saudável, tem um equilíbrio, também se verifica que os dois extremos da vida são caracterizados por maior sensibilidade e pela diminuição da capacidade de resistência. Ou seja, a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica, pelo agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo (Mota *et al.*, 2001).

Mais recentemente, a velhice emerge como uma fase do processo evolutivo, procurando retirar a carga negativa que, na maioria das sociedades, esse conceito trazia. Essa negatividade levava a que os velhos não se constituíssem como objectos de preocupação social, antes, eram tratados com atitudes filantrópicas e benevolentes com o intuito de ocultar os valores negativos que a sociedade que se modernizava lhe impunha. Considerava-se o idoso como alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e espera o momento fatídico para sair de cena do mundo (Martins, s/d; Monteiro, s/d; Raimundo & Lima, 2002).

Actualmente, a velhice, passa a ser objecto de cuidado e de atenção especiais, que eram certamente inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança que se vem observando nas relações que a sociedade estabelece com a velhice, não se verifica apenas pela mudança de valores, mas pelo aumento da esperança de vida devido ao progresso da medicina que com todo o seu aparato tecnológico enfrenta as doenças crónicas favorecendo a longevidade e contribuindo dessa forma com um dos factores para o aumento significativo da população idosa, principalmente nos países jovens (Martins, s/d; Monteiro, s/d.).



## **2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### **2.1. DEFINIÇÃO DE CUIDAR**

O cuidar é uma das mais velhas expressões da história do mundo, muito associado à prática de enfermagem. Expressões como velar, cuidar e tomar conta, representam actos que têm por função manter a vida. O cuidar é o fundamento dos cuidados de enfermagem e tem sido tema central da maior parte da investigação em enfermagem (Almeida, 1999; Collière, 1989; Hesbeen, 2000).

Cuidar é, basicamente, ajudar a viver. Diz respeito a qualquer pessoa, que ajude o outro em todas as actividades de vida diárias fundamentais para que a vida continue, cuidados para os quais é indispensável conhecer os hábitos de vida, os costumes e as crenças. Esta relação de ajuda implica uma abordagem holística da pessoa (Roach, 2003).

Segundo Almeida (1999: 66), “o cuidado Humano consiste em uma forma de ser, de viver, de se expressar. É uma postura frente ao mundo, um compromisso com o estar no mundo a contribuir para o bem-estar geral, na preservação com a natureza, da dignidade humana e da espiritualidade. Em resumo, é contribuir para a construção da história, do conhecimento e da vida”.

Para Collière (1989: 235), “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”. O cuidar é, assim, algo de universal e todos os tempos. No caso deste trabalho a atenção centra-se nas necessidades dos idosos, nas complicações subjacentes ao envelhecimento ou às patologias que sofre.

Leonardo Boof (1999), refere que o cuidar surge quando a existência de uma pessoa tem importância para a outra. Acrescenta que quando nos dedicamos a alguém, dispomos-nos a participar no seu destino, nas suas buscas e sofrimento, nos seus sucessos e fracassos e na sua vida. O cuidar inclui dois significados intimamente interligados: a atitude de desvelo, solicitude e atenção para com uma pessoa de quem se cuida e a preocupação e inquietação pelo envolvimento, entretanto estabelecido.

Por sua vez, a enfermeira Leininger (1988, citado por Almeida, 1999) sublinha que o cuidar “refere-se aos actos de assistência, suporte ou facilitação dirigidos a outro indivíduo

ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas de melhoria ou aperfeiçoamento da condição humana ou forma de vida”. Salienta, ainda, que o “cuidar” é um fenómeno universal, cujas expressões, processos e padrões variam com as culturas.

Watson (1988, citado por Almeida, 1999) sublinha que os enfermeiros criaram um ideal de cuidar que é simultaneamente humanista e científico, defendendo que o cuidar é um fim em si e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significado.

Segundo Sá (1996, citado por Brum e Souza, 2002) considera que grande parte deste universo do cuidar provém do fundo cultural acumulado na sociedade ao longo da sua história. Esse fundo cultural comum circula através de toda a sociedade sob a forma de crenças compartilhadas, valores considerados como referências históricas e culturais, que conformam a memória colectiva e a identidade da própria sociedade.

Watson (1985, citado por Almeida, 1999) sublinha que o cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde e doença e das interacções pessoa /ambiente. De facto, o cuidar em enfermagem não é apenas uma questão de boas intenções, envolve conhecimentos sobre os outros, as suas capacidades, limitações, necessidades e sobre os factores que poderão ajudar as pessoas no seu crescimento, e representa o principal objectivo de qualquer organização de cuidados (Hesbeen, 2000).

O conceito de cuidar designa, no campo da saúde, uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que viveu uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde (Hesbeen, 2000). O mesmo autor salienta que os cuidados de enfermagem ao enquadrarem-se no cuidar, não devem confundir-se com ele, porque esta atenção prestada ao outro deve dizer respeito a todos os profissionais de saúde. No entanto, defende que os enfermeiros “são os autores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar” (Hesbeen, 2000: 45)., por estarem e passarem mais tempo com as pessoas e pelo conteúdo das suas acções contribuir para o bem estar das pessoas, ao utilizarem as características e as competências do exercício da sua profissão.

A enfermagem ao afirmar-se como uma profissão do cuidar, mantendo o ideal de cuidar na prática e na formação, ajudará o enfermeiro a descobrir com a pessoa, caminhos nas experiências de saúde-doença, esperando-se resultados positivos para ambos. O

enfermeiro não se limita a ser educador, mas tem disponibilidade para aprender com a pessoa que cuida. Há uma relação de ensino-aprendizagem, na qual os enfermeiros necessitam de promover e manter perspectivas que lhes permitam ser criativos (Almeida, 1999).

Assim, realça-se a importância de considerar que cada pessoa é um ser único e irrepetível, com a sua história de vida, experiências, crenças e valores, em que o cuidar poderá ser considerado como encontro com o outro; um estar disponível, numa relação de proximidade e ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança.

## 2.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR

Na antiguidade os cuidados de enfermagem estavam carregados de simbolismo que garantiam a ligação com a natureza e se organizavam em torno do corpo, lugar de expressão de vida e da alimentação, que permitia manter a vida. Os cuidados ao corpo incluíam banhos, limpezas, manutenção da casa e práticas de manutenção de vida (Collière, 1989). Tinham, portanto, como finalidade responder às necessidades específicas do indivíduo, grupo ou comunidade e eram prestados, essencialmente, por mulheres.

O cuidar tinha então um valor de carinho e protecção de vida. Como afirma Collière (1989) a prática de cuidados é a mais velha prática da história do mundo, notória nas primeiras sociedades, com a dedicação das mulheres no cuidar da criança. O masculino e o feminino desenvolvem cada um, uma diferença psicossocial, sendo reservado aos homens os cuidados que exigiam força física.

Com o cristianismo, a partir do século XV, e os seus princípios orientadores da vida, amor ao próximo e a obrigação da caridade, surgem as primeiras organizações de assistência aos necessitados, doentes e sofredores, formadas exclusivamente por mulheres que se designavam “consagradas”, porque faziam profissão de fé (Collière, 1989; Gomes, 2002). Assim, vocação religiosa cristã e cuidados, confundem-se. As mulheres que prestam cuidados, obedecendo ao clero e aos médicos que lhes ministram os saberes considerados necessários. A entrada nas escolas de medicina é interdita às mulheres, incluindo as “miresses”, aquelas que na alta idade média, exerciam, oficialmente, nas cidades, uma medicina que lhe foi reconhecida até ao século XIV.

Inicia-se no século XV uma luta de influência religiosa e política, visando fazer desaparecer o poder dos adivinhos, feiticeiros, encantadores e curandeiros, marginalizando-os e, depois, condenando-os. As mulheres, principais detentoras do património de conhecimento dos cuidados ao corpo e da utilização de plantas, tornam-se alvo prioritário dos ataques e da repressão da igreja, e, depois, dos tribunais seculares, por causa da ameaça múltipla que representavam para o poder temporal e religioso: a de ter um conhecimento vivido do corpo.

As mulheres de virtude ou sábias, que tinham o saber de tratar, são consideradas feiticeiras e perseguidas pela igreja (Collière, 1989). Na Idade Média, com a forte ascensão do cristianismo e dos valores ascéticos, é exaltado o espírito, e o corpo é visto como matéria desprezível, fonte de pecado. Aparece assim, um homem dividido em corpo e alma e, por consequência, os cuidados já não são dirigidos à totalidade da pessoa, mas a um corpo objecto, visando tornar possível vida espiritual. Para se libertar, o corpo deve conhecer o sofrimento e a dor. Ainda, com o cristianismo, e com a obrigação da caridade, surgem as primeiras organizações de assistência aos necessitados, formadas exclusivamente por mulheres consagradas. A prática dos cuidados dirigem-se a órfãos, viúvas, desprotegidos, enfermos, estropiados, pobres, desamparados, peregrinos, e indigentes, por quem estas mulheres têm compaixão e prestam protecção como forma de os ajudar a conseguir a sua salvação. Os cuidados prestados eram encarados como uma função subalterna, desprovidos de valor social e económico.

Os hospitais são lugares de refúgio dos indigentes. O estatuto social destes pobres impedia-os de se situar numa relação de paridade e de fazer face a diversas formas de relações sociais que exigem julgamento e discernimento. A caridade pressupõe uma interacção de desigualdade entre duas partes: uma dá e a outra recebe. Por isso, os cuidados passam a centrar-se nos discursos, recomendações e conselhos baseados em valores morais e religiosos. O doente tem, assim, um papel passivo de abnegação e submissão.

Segundo Collière (1989: 142): *“os doentes entregam-se aos que sabem, por eles e submetem-se ao que é considerado bom ou mau, sem se interrogarem ou questionarem sobre os factos pessoais e colectivos que influenciam favorável ou desfavoravelmente o processo de saúde-doença”*. Assim, as pessoas em situação de internamento, abandonam a sua independência e ficam sujeitas aos médicos e aos enfermeiros que gerem esses

cuidados, retirando-lhes a responsabilidade e a liberdade de tomar decisões (Gomes, 2002, 2003; Pedrosa, 2002).

Com as grandes descobertas científicas e a complexidade dos cuidados médicos, os hospitais sofreram uma transformação: de lugares de refúgio, a locais de tratamento e de cura, onde os médicos ensaiam novos tratamentos que exigem colaboração de outros. Surge a mulher enfermeira e, a grande consequência, foi a influência sobre os valores, objectivos e conhecimentos de enfermagem. Embora persistisse o valor ascético, ganhar relevo o valor da subserviência para com o médico, a ordem estabelecida e a instituição de saúde. A prática dos cuidados passa a estar fortemente ligada aos valores médicos. Nas palavras de São Vicente de Paulo (citado por Collière, 1989: 68): *“deveis obedecer aos médicos não só no que diz respeito aos vossos pobre doentes, mas em tudo o que vos diz respeito”*.

### 2.3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDAR AO IDOSO

Apesar da evolução dos cuidados, pouco se fala acerca do “cuidar dos idosos”. A velhice até muito recentemente não era tida como um “problema”. A sociedade não tinha que cuidar de uma percentagem tão elevada de pessoas de idade avançada como na actualidade. Além disso, era improvável a convivência de três ou quatro gerações e, com certeza, não existiam cuidados de saúde a idosos ao longo de muito tempo. Ao longo dos séculos esses cuidados dependiam significativamente do *status* social que ocupavam as pessoas mais idosas.

Cada sociedade, no seu contexto e momento histórico, tem dado um papel à velhice, positiva ou negativo, dependente do modelo de Homem ideal que impera em cada momento, de forma que os idosos umas vezes têm sido rejeitados e outras valorizados.

Os conhecimentos arqueológicos proporcionam-nos uma visão de forma de vida pré-histórica, na qual o mais importante era sobreviver. As lutas, a fome por carência de alimento e as doenças, impediam os homens e as mulheres de chegar a velhos. A escassez de velhos era um facto e os que chegavam a atingir a velhice, por serem poucos, tinham um valor especial, um trunfo sobre os seus congéneres por conseguirem viver tanto tempo. Este fenómeno era considerado sobrenatural obtido por protecção divina (Agreda, 1999).

Na actualidade pode-se observar em culturas sem escrita, que o papel do idoso era de ser depositário de sabedoria e transmissor da mesma, sendo ao mesmo tempo a memória do seu povo (Agreda, 1999; Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001). O idoso no antigo Egipto tinha reservado um estatuto social honorável, sendo uma instituição importante para a comunidade o “Concelho de idosos” (Agreda, 1999). Diversos documentos, segundo Netto, (1996), ressaltam a obrigação dos filhos de cuidar de pais idosos e de manter suas tumbas após a morte. Os egípcios objectivavam uma vida longa e saudável. Viver 110 anos era considerado o prémio por uma vida equilibrada e virtuosa. A par disto, grande importância era dada às medidas higiénicas como os banhos, rituais de sudorese, vómitos e clisteres (Netto, 1996).

Segundo Minois, (1987), o idoso entra na história precisamente com um texto Egípcio do ano de 2450 A.C. Este texto é o relato de um idoso escriba, que descreve a própria velhice como uma etapa triste da vida e da qual se lamenta. Nas sociedades da antiguidade, a velhice é relacionada com o mundo sagrado e com a magia. Ao idoso atribui-se um papel de dirigente pela experiência e sabedoria que lhe confere sua longa vida.

Mediante o Novo Testamento pode-se seguir a consideração que a velhice teve no povo judeu, no qual desde o início da história, os idosos eram considerados chefes, e tinham um papel fundamental, tendo sido guias do povo, têm o poder político, religioso e jurídico além do respeito e veneração. Os cuidados aos mais velhos era considerado um dever na comunidade. Também, nos textos bíblicos se pode observar as limitações físicas que tinha a velhice e como eram vividas sem excessiva amargura (Agreda, 1999).

A civilização hebreia, desenvolvida contemporaneamente à mesopotâmica, reforçou principalmente, as medidas higiénicas e preventivas no tratamento das doenças. Também, do ponto de vista legal e político, a velhice era valorizada. Maltratar os pais era um crime que podia chegar a ser punido com a morte (Netto, 1996).

Na Grécia elaboram-se as primeiras reflexões conhecidas sobre a realidade do Homem, e como parte desta nasce o reconhecimento social do idoso formulando-se as primeiras indicações sobre o cuidado que exige a velhice e os meios capazes de atrasar a deterioração que acompanha o envelhecimento, sem dúvida, percursos de uma missão essencial na área do cuidado dos idosos: a promoção da saúde e a prevenção mediante a educação sanitária (Agreda, 1999)

Os pensadores Gregos prestaram cuidada atenção à realidade social do idoso. É importante mencionar o critério oposto entre as duas figuras mais representativas do pensamento Grego: Platão, que faz uma defesa incondicional e reclama o poder para estes e Aristóteles, que trata duramente a velhice, apresentando a velhice como uma imagem negativa responsabilizando-a de todos os males que sofrem os homens (Santos, 2001). Hipócrates é quem formula as primeiras hipóteses sobre as causas do envelhecimento, considerando-as como uma perda de calor e humidade que converte o corpo em frio e seco, baseado na energia que cada pessoa tem ao nascer e a forma como se vai gastando: uns mais rapidamente do que outros. Assim, considera a velhice como um processo natural, física e irreversível (Gomes, 2002; Santos, 2001).

As sociedades anteriores a Cristo não tiveram uma preocupação pública pelos doentes e idosos, pelo que não organizaram hospitais. Durante a Grécia monárquica perspectivaram-se, sendo consolidados pelas comunidades religiosas nos começos da era Crista, os “gerontokomios”, lares ou locais de recolha de idosos integrados, em outros estabelecimentos destinado a todo o tipo de necessitados. Por “gerokomos”, eram conhecidos certos cuidadores com vencimento, encarregados especialmente da alimentação e satisfazerem as necessidades fundamentais da vida diária dos mais velhos. Era claro o desprezo social pelas actividades de tipo manual que estes realizavam, e daí a escassa importância que tiveram os cuidados de enfermagem nessa época.

No império romano no que se refere a condição social do idoso, repete-se o acontecido no mundo Grego (Agreda, 1999). Um dos mais interessantes documentos sobre o envelhecimento foi-nos legado por Marco Túlio Cícero, com o seu livro: sobre a velhice (de Senectute), nos faz preciosas considerações sobre os diversos problemas do envelhecimento como a memória, a perda da capacidade funcional as alterações dos órgãos dos sentidos e a perda da capacidade de trabalho. São aqui tratados problemas com os quais os gerontólogos ainda hoje se debatem (Netto, 1996; Santos, 2001).

Com o cristianismo, a velhice não é tida em conta, os autores cristãos apresentam o Homem intemporal (sem idade). No âmbito da moral, utilizam a velhice como imagem representativa do pecado, tendo uma visão pessimista, em que a velhice é vista como um mal que vem do castigo divino pelos pecados do Homem, só no paraíso ninguém se faz velho e morre.

No entanto, em relação ao desenvolvimento social e sanitário, o cristianismo supõe uma revolução, tendo em conta os cuidados aos pobres, o cuidado aos doentes e, entre eles os velhos, como uma obrigação sagrada até achar que destas acções depende a sua salvação. Depois da liberdade concedida por Constantino à Igreja, esta organiza suas primeiras instituições de beneficência. Mosteiros perto das cidades, com estabelecimentos que receberam nomes distintos segundo o seu destino: as enfermarias para os doentes, albergarias ou asilos para os idosos, embora a assistência seja indiferenciada, atendendo a todo o tipo de pobres e doentes (Agreda, 1999).

No início da Idade Media, são muitas e variadas, mas também insuficientes, as instituições dedicadas à assistência de doentes e inválidos, apoiadas por confrarias, irmandades e ordens religiosas com o intuito de dar resposta às precárias sanitárias da época. Algumas destas instituições chegam a desenvolver um alto grau de organização, onde os cuidados de enfermagem assumem um papel destacado. Mesmo assim continuam ocultos os cuidados profissionais feitos aos idosos, deixados a religiosas ou pessoas sem nenhuma formação (Gomes, 2002).

Durante o Renascimento e a Idade Moderna a situação dos idosos melhorou mantendo-se sempre uma clara relação com a sua situação social e nível de riqueza acumulada. Mas, a luta contra a velhice era muito dura. Magia, bruxaria, medicinas todos os remédios inimagináveis são utilizados para combater a velhice, mas a impossibilidade de a evitar é absoluta.

Os cuidados de enfermagem inicialmente com uma perspectiva caritativa, não podiam progredir até á constituição de uma profissão como tal, por possuírem uma dimensão exclusivamente espiritual, sem conotações de aprendizagem, qualidade e salários.

A manutenção na administração de grande número de hospitais, especialmente a partir do século XIX, com a adopção de novas responsabilidades civis, não afastou da aplicação dos cuidados de enfermagem, os homens e mulheres pertencentes maioritariamente a ordens religiosas permanecendo todavia muito mais tempo naqueles dedicados ao cuidado dos idosos.

A paralisação intelectual sofrida pelos cuidados de enfermagem desde a antiga Grécia, levou a que a pratica dos mesmos fosse concebida de forma estática, sem documentação escrita até à aparição de Florence Nightingale (Agreda, 1999).



## 2.4. EMERGÊNCIA DOS CUIDADOS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM

No século XIX, Florence Nightingale realça a importância e interesse do conhecimento da enfermagem em relação ao ser humano, doente e sábio, ao invés de doentes e saudáveis, sendo a sua preocupação principal a prevenção da doença. Assim, deixou claro que as acções de enfermagem deveriam consistir em fornecer à pessoa o melhor ambiente possível, a fim de permitir o restabelecimento ou a manutenção da saúde. Reconhece-se a pessoa segundo as suas componentes biológicas, intelectuais, emocionais e espirituais e acredita-se que é sua a capacidade e responsabilidade que podem mudar a situação existente. A saúde não é somente o oposto da doença, significa a capacidade de bem utilizar as capacidades.

Há, já neste conceito, um claro apelo a um modelo de cuidados que contemple uma visão biopsicossocial, uma abordagem holística, contemplando o cuidar numa visão global do ser humano, numa inter-relação corpo/mente e meio ambiente. O campo de acção da enfermagem inclui não só um corpo objecto e o meio hospitalar, como a pessoa e o seu contexto social, denotando fortes preocupações ecológicas (Donahue, 1985; Gomes, 2000).

Começa-se a desenhar com Nightingale a moderna enfermagem. Assume dois grandes objectivos: a reorganização dos hospitais, que na época estavam caóticos e a formação de enfermeiros profissionais. No decurso da guerra da Criméia, Nightingale entra em conflito com os médicos que se opunham a que a enfermagem fosse remunerada. Como retaliação proíbe as enfermeiras de prestarem serviços sobre a sua iniciativa e define que qualquer serviço (dar banho aos doentes ou alimentá-los) teria de ser prescrito pelos médicos. A actividade de enfermagem era assim definida como um espaço subalterno das tarefas ligadas à medicina (Donahue, 1985; Ellis & Harthey, 1995; Toney & Alligood, 1999).

Nightingale, já então uma autoridade reconhecida em cuidados hospitalares, escreveu para o seu amigo Sir Sidney Herbert, então o secretário da guerra e ofereceu-se para levar um grupo de 38 enfermeiras para a Criméia. Ao mesmo tempo, ele havia escrito uma carta requisitando a sua assistência para resolver aquela crise nacional. As suas conquistas na Criméia foram tão importantes, embora tenham afectado seriamente a sua saúde, que ela foi em 1907 reconhecida pela Rainha de Inglaterra com a Ordem de Mérito. Com esta condecoração, Nightingale conseguiu que a enfermagem passasse a ser profissionalizada e

remunerada, mas trouxe um problema, que ainda hoje se mantém, conduziu à adesão da enfermagem ao modelo biomédico centrado na técnica, contrariando alguns dos princípios que definira para a assistência holística da enfermagem (Ellis & Harthey, 1995; Gomes, 2002).

Florence Nightingale define o cuidado como uma arte e uma ciência pelo que reconhece a necessidade de uma educação formal. Pensa que o essencial nas enfermeiras é a atitude, carácter e formação, pelo que se empenhou profundamente na formação científica e do carácter. A importância dada a este último fez com que não aceitasse o registo e atribuição de diplomas de estado às enfermeiras, sistema já usado nos Estados Unidos da América, com o argumento que não era possível saber se estas enfermeiras diplomadas correspondiam em termo de carácter ao desejado. Esta medida fez com que a profissão de enfermagem ficasse jurídica e socialmente mal protegida. No entanto, embora se desenvolvesse uma corrente de reconhecimento da identidade profissional, a autonomia face aos médicos continua, ainda hoje, difícil (Ellis & Harthey, 1995; Gomes, 2000; Toney & Alligood, 1999).

Lopes (1994, citado por Gomes, 2002), num estudo sobre a natureza e as extensões das diferentes estratégias utilizadas na profissão, concluiu que as tradicionais formas de dependência relativamente a classe médica tende a evoluir para processos informais de negociação. Para alguns, esse reconhecimento passa mais pela adaptação do modelo biomédico, mais do que pelo desenvolvimento dos cuidados relacionais. Pelo que se verifica uma opção pela abordagem técnica dos cuidados e colaboração privilegiada com os médicos.

A enfermagem passa a ser dominada pelos valores inerentes ao modelo biomédico, distanciando-se das suas bases fundamentais. Como refere Collière (1989), os cuidados de enfermagem foram-se, assim, virando para os cuidados de reparação, cujo objecto fundamental era a cura, afastando-se progressivamente dos cuidados de manutenção de vida. A enfermagem, caracterizada pela intervenção técnica e a colaboração privilegiada com os médicos, faz com que a razão de ser da prática de enfermagem passe a ser o doente (Gomes, 2000; Gomes, 2002). É, portanto, a doença que orienta a acção de enfermagem e dá sentido às tarefas a realizar. O estatuto e o papel de doente são-lhes conferidos pela categoria doença, sendo esquecidos todos os papéis que a pessoa possa deter (Collière, 1989). Algumas enfermeiras esforçam-se por manter com os doentes relações interpessoais

que não decorram só das tarefas impostas, mas, essas relações são marginais ao trabalho de enfermagem, constituem muitas vezes, esforços individuais, pelo que não lhes é dada a devida atenção (Collière, 1989).

A enfermagem, por volta dos anos 1950, tenta a recuperação dos seus valores. Envolve-se num processo de construção do seu próprio conhecimento em articulação com as outras formas de expressão do saber, como a filosofia e a arte. Assiste-se ao nascimento do paradigma da integração, para o qual contribui o desenvolvimento de teorias que contemplam uma visão holística e humanista do ser humano, isto é, que valorizam e exaltam a globalidade do ser humano, que se constitui como valor supremo. A finalidade da enfermagem é de novo encarado como cuidar: em si próprio, um fim e não um meio. É necessário a busca de um sentido para a prática de enfermagem, mediada pela identificação de um saber próprio da profissão, consubstanciado no que designamos modelos de enfermagem (Gomes, 2000).

O elevado número de modelos existentes, demonstra a falta de consenso no seio da enfermagem. Ribeiro (1995) explica que tal se deve à necessidade de construir alternativas ao modelo biomédico, de afirmar a enfermagem como disciplina autónoma, de tornar os doentes em sujeitos dos cuidados e construir modelos de cuidar.

Como vimos, novos conhecimentos científicos, sociais e humanos contribuíram para a evolução do pensamento em enfermagem, sobretudo durante as últimas décadas, o que teve grandes consequências nos cuidados, na forma de ver os cuidados na enfermagem, e no papel que o doente tem assumido nos cuidados. Pretende-se que o processo de cuidado de enfermagem evolua no sentido de uma prática que apoie a pessoa doente e a sua família, permitindo-lhes que tomem as próprias decisões e sejam participantes activos no processo de cuidado.

A personalização e individualização dos cuidados torna-se um ideal a perseguir, mas os discursos dos teóricos parecem, algo distantes, pois só em situações pontuais são mobilizados nos contextos de produção dos cuidados (Bastos, 1991; Rebelo, 1996). Rebelo (1996) revela que a enfermeira como auxiliar do médico é uma imagem muito presente e o ideal da cura e a visão tecnicista permanece forte nestes profissionais. Contudo, constatou, também, a presença de outras preocupações como a necessidade de apoiar ou substituir os doentes nas actividades de vida quotidiana, mas que ocupam um lugar secundário.

A tensão existente entre a orientação para o doente e para os interesses da instituição acentuou-se com o desenvolvimento de teorias de enfermagem, pois criou um desencontro entre os discursos teóricos e as expectativas do hospital. A este propósito Rebelo (1996) concluiu que as enfermeiras se confrontam, essencialmente, com duas representações do seu papel: uma ditada pelos valores da profissão, cuja centralidade é o cuidar do doente; e outra que lhe é atribuída pelo hospital e onde a vertente da auxiliar do médico predomina. Assim, o saber dos enfermeiros torna-se periférico, colocando o saber médico como dominante (Gomes 2002).

O discurso dos prestadores enfatizam que o cuidar é algo da área dos sentimentos, de boas intenções e olhares ternos, no entanto, a literatura demonstra que o cuidar, na perspectiva dos utentes é sempre compreendida num contexto. Se a situação exige competência técnica, esta competência que é experienciada como cuidar. Daí o alerta para o facto da necessidade de não considerarmos estanques as duas competências.

Pode-se dizer que o conceito de cuidar designa no campo da saúde uma atenção especial que se dá a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde. Os enfermeiros têm que ter presente que a prestação de cuidados de enfermagem exige uma visão da pessoa como ser único, indivisível, capaz de se desenvolver e ser responsável pelo seu projecto de vida e de saúde (Gomes, 2002).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses, a enfermagem é uma profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (Decreto Lei nº 161/96, de 4 de Setembro). Daí advém que o processo de cuidados de enfermagem, passa por um processo de interacção do enfermeiro com a pessoa cuidada, na qual o agente de mudança deve ser a própria pessoa que é responsável pela prevenção, promoção da saúde, o enfermeiro deve ser co-participante neste processo (Ordem dos Enfermeiros, 2003)

Sendo assim, a enfermagem conta com um saber que lhe é próprio. A aplicação deste saber em actuações concretas e visíveis é essencial para a identidade da profissão. Assim, o enfermeiro é cientista, teórico e prático, pois actua segundo valores de eficácia terapêutica

e profissional, mas ele é igualmente o agente humanitário que deve preservar a dignidade humana, adaptando na sua prática determinados valores humanistas.

Existe um “conflito” entre: os cuidados que os utentes associam a enfermagem e os valores que os enfermeiros associam a enfermagem. Os cuidados que os utentes mais associam a enfermagem, enfatiza-se no cuidar, na área dos sentimentos, valorizando a competência técnica se esta o exigir.

### **3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS**

#### **3.1.FORMAÇÃO NA ÁREA DA GERIATRIA/GERONTOLOGIA**

Actualmente a sociedade orienta-se, em geral, para a juventude e para a produtividade e especificamente na saúde, para a cura. Isto porque as propriedades e recursos económicos atribuídos no campo da saúde destinam-se a curar indivíduos que, ainda, têm vários anos de produtividade pela frente. As pessoas de idade avançada, os doentes crónicos e os que além da sua doença são idosos, recebem menor atenção (Mota *et al.*, 2001).

Berger & Mailloux-Poirier (1995) refere que a gerontologia foi tida durante muito tempo como um sector onde trabalham enfermeiros de *segunda* categoria, sendo esse um mito que ainda persiste. Os serviços de geriatria, lares e casa de recuperação de idosos foram, durante muito tempo, lugares de caridade, piedade, comiseração, nos quais se evoluiu de um isolamento obrigatório para um “esconderijo social” e, mais tarde, para a recolha e apoio a todo o tipo de miséria relacionada com o fim da vida (Costa, 1998). O trabalho era assegurado pelos utentes da instituição e realizado com obrigatoriedade, quase como penalização pelos anos que vão passando. O pessoal era pouco, sem qualificação e as tarefas eram de carácter obrigatório e punitivo. Os hábitos de trabalho, a qualificação do pessoal e a qualidade dos cuidados mudaram posteriormente e, em certa medida, estão relacionadas com a modernização das instalações, o que, só por si, não determinou a mudança de mentalidade.

Numa análise ampla, os tipos de cuidados são valorizados pelas prioridades definidas pelo modelo biomédico: a enfermeira, numa unidade geriátrica, na enfermagem comunitária e noutros sectores de doentes incuráveis, era considerada de baixa condição e

estes campos eram julgados locais para onde iam as enfermeiras menos habilitadas ou as que tinham problemas nas suas carreiras (...) em menor grau, ainda subsistem estas atitudes (...). Daí resultou a desvalorização das actividades relacionadas com as emoções sentidas pelos indivíduos nas doenças e incapacidades, por exemplo, escutar, confortar ou sugerir alternativas” (Pearson & Vaughan, 1992, citado por Costa, 1998).

Actualmente, no que concerne à formação dos enfermeiros para a prestação de cuidados, para além do desenvolvimento de conhecimentos específicos e de importantes aptidões no domínio dos cuidados, a enfermagem deve centrar-se num vasto campo de acção, que vai desde a pessoa idosa totalmente saudável à pessoa dependente.

Baseados no pressuposto de que a sociedade tem influência sobre o processo de envelhecimento dos indivíduos, os cuidados de enfermagem deverão ter em conta factores como: o meio social, cultural e psicológico em que o idoso está inserido; as mudanças que afectam o comportamento e a percepção de si; a família e contexto social que lhe prestam apoio social na comunidade; o efeito do aumento do número de pessoas idosas na sociedade; a sua concepção de saúde, enquanto elemento estruturante do bem-estar.

O complexo papel dos enfermeiros no domínio dos cuidados aos idosos é desempenhado sobretudo nas áreas: da promoção da saúde; os cuidados curativos e profiláticos; a reabilitação; dos cuidados às pessoas gravemente doentes e em estado terminal; a investigação.

Neste sentido, a Recomendação (XV/E/8301/4/94) da União Europeia, sobre formação no domínio dos cuidados aos idosos, considera que o enfermeiro é responsável por funções como:

- Planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados de enfermagem numa multiplicidade de situações, com a participação activa dos idosos, das suas famílias e da comunidade;
- Gerir a prestação de cuidados de saúde nos serviços, incluindo a promoção da saúde, a profilaxia, os cuidados curativos e a reabilitação ou serviços de apoio aos idosos, sua família e grupos específicos;
- Transmitir ensinamentos aos idosos, a sua família, aos que lhes prestam cuidados e ao pessoal de saúde;
- Contribuir activamente como um membro efectivo da equipa de cuidados;

- Desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem aos idosos através da reflexão crítica e da investigação (Costa, 2000).

Aproxima-se, assim, das posições defendidas por Honoré (1992), ao considerar um Enfermeiro como verdadeiro actor dos cuidados, atento às necessidades das pessoas e não apenas como executor dos actos técnicos dependentes de prescrição médica.

A formação dos Enfermeiros em Geriatria/Gerontologia, de modo geral, insere-se numa perspectiva de cuidados de saúde primários. Aqui começa a definir-se o saber Geriátrico. Os Centros de Saúde apresentam-se como *”mosaico polifacetado de relações, que revelam a inferioridade sentida pelos profissionais, face aos cuidados diferenciados; cada profissional sustenta discursos diferentes (...) num jogo de palavras sobre cuidados de saúde primários, que não passam de simples classificações que remete estes cuidados para segundo plano, num plano de menoridade face ao hospital (...). Fechado sobre si próprio, o Centro de Saúde perdeu o potencial de desenvolvimento que existia na estratégia de participação, colaboração intersectorial e equidade”* (Page, 1994: 98, 99).

Neste contexto de cuidados, a observação conduziu à identificação de cuidados periféricos: quando esperaríamos que a organização dos cuidados se concretizasse em cuidados independentes, de uma actividade profissional que se diz autónoma, verificámos a sua quase total dependência das consultas médicas, que funcionam como pivot do Centro de Saúde. Na mesma linha segue a investigação de Missenard (1974, citado por Meleis, 1991), ao considerar que o acto de enfermagem não é um gesto banal e repetitivo, que se executa na sequencia de imperativo de origem diversificada, mas resultado de uma experiência global, onde se incluem as motivações, inter-relações, fantasmas, proibições, ideais profissionais e suas representações. Embora uma investigação recente de Rebelo (1996) considera que a rotinização, que caracteriza o serviço de enfermagem, apele à tradicional submissão para executar tarefas pensadas e decididas por outros. Considera-se que os problemas dos idosos deverão ser abordados em todos os módulos da formação de base, numa perspectiva globalizadora, com vista à identificação da doença e a prestação dos necessários cuidados.

### 3.2.ESPECIFICIDADES DOS CUIDADOS AOS IDOSOS

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), os enfermeiros que trabalham em gerontologia devem encarar a velhice como uma etapa normal do desenvolvimento. Os cuidados de enfermagem em gerontologia apoiam-se numa filosofia humanista e os enfermeiros que trabalham nesta área, para além de procurar ajuda nas definições teóricas e filosóficas do envelhecimento, devem reflectir sobre a vida e o lugar do ser humano no universo. Os cuidados devem ser bem definidos e corresponder às necessidades identificadas “*para prestar cuidados de qualidade, baseados em conhecimentos variados e na criatividade, a enfermagem deve elaborar a sua própria filosofia, a partir das suas crenças e valores pessoais*” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 6 e 7).

A enfermagem, orienta-se cada vez mais para cuidados globais, o que obriga a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos da criatividade e capacidade para compreender as relações existentes entre o idoso, a família e o seu meio. Os cuidados globais de enfermagem respeitam todas as dimensões do ser, baseando-se em: ajudar o utente idoso a compreender o envelhecimento e a distinguir o normal do patológico; ajudar o utente idoso a controlar o processo de envelhecimento, pela promoção da saúde; ajudar o utente idoso a resolver os problemas patológicos que acompanham o envelhecimento (Costa, 1998; Mota *et al.*, 2001).

Cada vez mais fazem parte do vocabulário da enfermagem os termos humanização, qualidade de vida, responsabilidade pela saúde e cuidados personalizados, pois a enfermagem pretende intervir de forma mais global no sentido de facilitar a participação e responsabilização dos utentes pelos seus cuidados. Cuidar dos idosos, representa uma tarefa complexa, exige polivalência. A concepção dos cuidados de enfermagem, deve ser flexível e global para que as intervenções possam proporcionar ao idoso uma maior qualidade de vida e ainda, assegurar o desenvolvimento das suas capacidades residuais.

Deixando agora um pouco os cuidados de enfermagem, passamos ao pessoal de enfermagem e, na opinião de Mota *et al.* (2001), nem todos têm as aptidões necessárias e nem todos estão interessados em trabalhar com idosos, pois os cuidados a prestar comportam inúmeras dificuldades. O enfermeiro está continuamente confrontado com o envelhecimento, depressão, morte e a ausência de cura. Quando as possibilidades de cura se atenuam ou desaparecem, o enfermeiro deve dedicar-se mais a reconfortar do que a



tratar. Os enfermeiros confrontam-se, nos dias de hoje, com problemas humanos muito variáveis, a que têm que tentar encontrar soluções (cuidados directos, ensino, aconselhamento, ...) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Num estudo realizado por Costa (1998), acerca da motivação dos enfermeiros relativamente ao cuidado aos idosos verifica-se que: na unidade de idosos os enfermeiros valorizam as suas práticas em torno de uma representação mais técnica dos cuidados; clara supremacia de actividades dependentes da prescrição médica (pensos, medicação, soros,...), sugerindo uma clara desvalorização dos cuidados ao corpo. Na unidade com idosos, os enfermeiros incluem nas suas práticas a “revalorização” da relação com o doente, manifestada sobretudo na promoção de estratégias de comunicação, de conhecimento da pessoa, lastimando os condicionantes que conduzem, por vezes, à consideração do doente como “objecto incondicional de cuidados”, cujos limites procuram ultrapassar, utilizando o conteúdo da relação para dar aos cuidados outras bases, além da técnica.

Assim, o enfermeiro que trabalha em gerontologia deve ser capaz de desenvolver aptidões e qualidades específicas que Berger & Mailloux-Poirier (1995) identifica como:

- Maturidade e capacidade de adaptação - conhecer-se, estabelecer objectivos concretos, avaliar os seus valores, ser capaz de mudar e modificar as suas atitudes, são sinais de maturidade necessárias para se trabalhar em gerontologia. Adaptar-se e manter abertura de espírito, ver longe e criar o futuro. E, também, trabalhar para o idoso e não só com o idoso.
- Empatia e sensibilidade – ser empático é colocar-se no lugar do outro, para melhor compreender o que sente e vive. É, também, aceitá-lo e respeitá-lo em toda a sua individualidade.
- Amor pelos outros – a paciência, tolerância e o altruísta são qualidades essenciais em gerontologia.
- Objectividade e espírito crítico – permitem ter uma visão alargada dos problemas ligados ao envelhecimento e à morte, para estabelecer soluções adequadas. Permitem-lhe fazer apenas aquilo que é necessário e fixar objectivos realistas.
- Sentido social e comunitário – o objectivo do enfermeiro é manter a população que está a envelhecer no seu mais alto nível de autonomia e facilitar a abolição de atitudes sociais negativas.

- Flexibilidade e polivalência – ser capaz de se adaptar ao ritmo do idoso e prestar cuidados adequados em colaboração com os outros profissionais de saúde.

- Criatividade – para descobrir novas pistas de intervenção e procurar novos modos de funcionamento dentro do sistema de saúde.

Os cuidados das pessoas é uma área especializada da enfermagem, e certas qualidades são importantes na enfermagem. Roach (2003) indica quais os atributos mais importantes no enfermeiro geriátrico.

Em primeiro lugar, a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, também denominado relacionamento enfermeira/idoso ou relação de confiança, definida como uma associação entre o idoso e o enfermeiro, estabelecida para promover a cura e cuidados que promovam ou previnam comportamentos saudáveis. Algumas vezes, os enfermeiros não se sentem à vontade com os idosos e não apreendem a apreciar a sabedoria e o carácter único de cada idoso. Por isso, devem desenvolver um relacionamento terapêutico ou de confiança. Este relacionamento requer mais tempo e esforço, do que o desenvolvido numa relação de confiança com o adulto. Por outro lado, o idoso pode não ter confiança suficiente com o enfermeiro, não estabelecendo uma relação terapêutica. As rotinas de enfermagem, muitas vezes, retiram o tempo necessário para promover e proporcionar uma relação de confiança. O receio da própria velhice, leva a alguns enfermeiros a evitar os idosos, pensando que assim podem perpetuar a sua juventude. Os sentimentos pessoais sobre o envelhecimento e a idade devem ser explorados, porque sentimentos negativos ou estereotipados podem comprometer o cuidado que prestam. Atitudes estereotipadas como os sentimentos de que todas as pessoas idosas são confusas, doentes ou que não contribuem em nada com a sociedade, prejudica o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico enfermeiro/idoso. Por isso a enfermeiro deve avaliar os seus sentimentos pessoais e tentar evitar atitudes estereotipadas.

Em segundo lugar, apreciar o idoso como pessoa única, reconhecendo os seus atributos e características pessoa, o que permite ao enfermeiro planear cuidados gerais e específicos. Ao elaborar um plano de cuidados individualizado, este vai contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança, facilitando todos os aspectos do cuidar, desde a sua prestação, até a avaliação de cuidados.

Em terceiro lugar, a competência clínica. A pessoa idosa tem mais confiança nos enfermeiros que demonstrem competências de saber ser; saber estar e saber fazer. Por

exemplo: o idoso sente-se mais seguro se for um enfermeiro experiente a administrar a terapêutica endovenosa; colocar sondas nasogástricas..., facilitando assim o relacionamento de confiança.

Um quarto elemento é o conhecimento das alterações físicas e psicossociais, determinante para o enfermeiro prestar cuidados holísticos. Conhecer as alterações que ocorrem no idoso como resultado do envelhecimento facilita a sua avaliação.

Um quinto aspecto é a capacidade de comunicação com o idoso, familiares ou outros profissionais da equipa de saúde. A prática de técnicas de comunicação é essencial na educação para a saúde. Os enfermeiros devem ser capazes de discutir questões delicadas com o idoso e seus familiares, por exemplo, temas como a morte requerem uma comunicação cuidadosa e empática.

O sexto, e último aspecto, é a capacidade para trabalhar sob a supervisão de outros, que requer habilidade de comunicação eficiente e de trabalhar com outros membros da equipa de saúde, como os auxiliares de enfermagem, os médicos, os técnicos... Os enfermeiros que trabalham com idosos tem a obrigação de serem capazes de supervisionar os cuidados aos idosos.

A gerontologia é exigente e muitos enfermeiros podem viver grandes problemas (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mota *et al.*, 2001; Gomes, 2002). A maior parte advém das atitudes e das crenças que os enfermeiros têm em relação à velhice e ao envelhecimento. Face aos preconceitos e crenças da sociedade, o enfermeiro deve examinar atentamente os seus próprios valores, pois pode influenciar fortemente a qualidade dos cuidados. A enfermagem que trabalha no mundo dos idosos com uma atitude negativa nunca saberá conhecer as possibilidades dos seus utentes.

É hoje inquestionável o reconhecimento da importância da participação dos idosos na promoção e protecção da própria saúde. No aprofundamento da conceptualização do processo de comunicação, é imprescindível perceber não só as ideias, preconceitos e crenças fundamentadas pelos técnicos de saúde ou as crenças dos doentes, como considerar que qualquer interacção ocorre no contexto destas crenças, pelo que o papel do técnico deve ser o de traduzir e ligar o sistema de saúde das pessoas e da comunidade.

O principal requisito para participação do doente idoso é dar informação e conhecimentos apropriados, para que ele possa decidir. Desta forma, o processo de transmissão de informação passa por uma correcta comunicação, pois, mais importante que

transmitir factos e informações, é ajudar a pessoa idosa a compreender o significado e o impacto que a doença tem na sua vida, para que ele possa perspectivar novos modos de lidar com a situação e prevenir os factores que possam degradar o processo de envelhecimento, em harmonia com o seu estilo de vida, para que efectivamente a parceria enfermeiro-idoso possa ocorrer.

A nossa reflexão e vivência são elementos fulcrais para desenvolver o nosso saber-ser, saber-fazer e saber-estar. Devido à complexidade e a extensão dos cuidados em gerontologia/geriatria torna-se urgente o desenvolvimento de investigação neste domínio, essencial para elaborar cuidados de enfermagem de qualidade.

Em consequência da falta de conhecimentos precisos sobre fenómenos de envelhecimento e as formas de adaptação dos indivíduos a este processo, os enfermeiros em gerontologia, tenderam a basear as intervenções, mais nos valores pessoais, convicções e experiências, do que em resultados de investigação.

Em resumo é essencial que os enfermeiros prossigam nos esforços para prestar serviços de qualidade, adaptados às necessidades dos idosos, tendo ao mesmo tempo o objectivo de lhes proporcionar melhor qualidade de vida, autonomia e satisfação com a vida. As medidas sociais e os actuais organismos de saúde são insuficientes. A sociedade tem que modificar a forma de pensar e as suas atitudes, mas tem também que modificar as estruturas políticas, sociais e económicas. A melhoria dos cuidados gerontológicos é, no entanto, um tema que deveria estar no nosso coração, porque também um dia nós seremos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

### 3.3. NECESSIDADE DOS IDOSOS

Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião e à atenção dos outros. Alguns idosos não conseguem negar os preconceitos negativos e a imagem da indigência associada ao envelhecimento, aceitando sem questionar algumas etiquetas comuns: “velhos”, “senis”, “mimados”, “outra vez criança”, ... Por vezes estes preconceitos ou mitos estão tão bem enraizados que chegam a tornar-se uma realidade (Mota *et al.*, 2001). Os estereótipos relativos à sexualidade são ilustrativos: à força de negarem as necessidades sexuais, os idosos acabam por não conhecer, nem aceitar a sua verdadeira expressão. Os valores e crenças negativas causam perturbação nos idosos, uma vez que negam o processo

de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades. Assim, todos os mitos e estereótipos sobre a sexualidade dos idosos não servem senão para controlar o seu comportamento sexual, fazendo deles seres neutros e assexuados.

Um outro mito, bem enraizado, é o que faz dos idosos seres dependentes, incapazes de autonomia. A presença de mitos e estereótipos impedem-nos de procurar soluções precisas para os problemas das pessoas da terceira idade e de encontrar medidas adequadas (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Mota *et al.*, 2001). A imagem da velhice vincula-se à incapacidade, fragilidade, debilidade e doença. Desta forma, a velhice é um período de incapacidade de contribuir, aprender e interagir.

Frequentemente a pessoa idosa é remetida para a marginalização social e forçada à dependência e perda da autonomia por passividade imposta por um circuito de reforços negativos externos. É avaliada por estereótipos perversos que pretendem despi-la de valor social e condicionam a sua auto-estima (Pimentel, 2001). Neste contexto, o mito da improdutividade é dos mais desqualificante, porque dá como verdade absoluta que o idoso é uma sombra do passado, um incapaz porque ficou desprovido de qualidades que contribuam para o desenvolvimento da sociedade (Tavares, 2002).

Embora tenha crescido a expectativa da vida, no sentido de que passamos a viver mais, de dispor de mais tempo, livre, ainda não temos a devida clareza sobre o que fazer desse tempo. O isolamento, decorrente das construções sociais equivocadas, sendo um dos grandes problemas do envelhecimento (Alencar, 2001).

Há muitas pessoas idosas que não tem ou já não tem filhos. E, muitos dos que tem filhos, podem viver afastados, uma vez que os casais jovens migram para os centros urbanos, à procura de melhores oportunidades de emprego. Devido a maior longevidade das mulheres, são sobretudo elas que ficam sós. Por exemplo, muitas mulheres idosas em meio urbano, vivem nos últimos andares de prédios antigos, evitando subir e descer escadas ou utilizar os meios de transportes, concebidos apenas para pessoas ágeis (escadas de acesso ao metropolitano, degraus do autocarro...) A grande maioria destas pessoas idosas não quer encara a ideia de sair da sua própria casa, mesmo aquelas que, com mais de oitenta anos vivem num apartamento, nos últimos andares de um prédio sem elevador (Bize & Vallier, 1985). O isolamento dos velhos faz com que a velhice passe a ser encarada como uma espécie de doença social (Lima & Viegas, 1988).

As reformas, normalmente, de baixo valor para fazer face à satisfação das suas necessidades, acentuam os problemas sociais dos idosos, que acabam por viver em situação de pobreza e no desconhecimento de meios de apoio (Costa, 1993). Prevalece a estratificação e segregação etárias, penalizando os que saíram do ciclo produtivo.

Este quadro leva ao idoso a maior dependência de outros, nomeadamente de gerações mais novas, a contactos sociais mais limitados, ao aumento das dificuldades adaptativas as novas tecnologias, a crescente desactualização e crescente rejeição do seu saber baseado na experiência acumulada (Tavares, 2002).

Outros factos da vida como a perda de companheiros (cônjuge, familiares, amigos); problemas de incapacidade, dependência física e falta de recursos económicos, concorrem para o isolamento social e, potencializam a institucionalização.

Existem dois tipos de resposta para a entrada no lar, por parte dos idosos. Por um lado, é o próprio idoso que deseja ir para uma instituição como forma de garantir a segurança de um futuro previsto como difícil. Esta pode facilitar o acesso a novas amizades e relações sociais, nomeadamente, para idosos mais incapacitados. Por outro lado, pode surgir sintomas negativos nos estados físicos e psicológicos do idoso, acompanhado por um aumento da taxa de mortalidade e morbidade. Outro aspecto negativo relaciona-se com o deixar o seu lar. A casa adquire, para os idosos, um significado psicológico único, uma vez que há laços afectivos que o ligam a esse espaço através de memórias do passado. O deixar uma cadeira favorita, um objecto decorativo, a própria cama, separá-los disto é como se perdessem parte da sua identidade (Calado, s/d; Mota *et al.*, 2001; Paúl, 1997).

Durante algum tempo, o estudo do envelhecimento foi pautado pela crença de que só existiam perdas nessa fase da vida; actualmente, sabe-se que também há ganhos. Em geral, confundem-se pessoas idosas com pessoas idosas doentes, o que leva a algumas conclusões prejudiciais à vivência de um envelhecimento bem sucedido: como a generalização da velhice apenas como sinónimo de declínio, deficiências intelectuais, emocionais e mentais. Este tipo de pensamento tão frequente na sociedade pode, inclusive, estar presente entre os profissionais que lidam com idosos e, com isso, prejudicar o seu trabalho, pois ao receber um idoso doente, podem concluir que a pessoa está doente porque é idosa, quando deveriam considerar que a pessoa está doente e também é idosa – o que mudaria suas condutas em relação à pessoa (Neri & Freire, 2000).

### 3.4. DESAFIOS NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

O movimento de profissionalização de enfermagem emerge com o início do século XX e tem origem num corpo de saberes baseado na ciência moderna, em ruptura com a tradição oral e empírica. Os enfermeiros tem vindo a empenhar-se na aquisição do poder de certificação de formação e do monopólio do seu campo de actividade, como forma de deterem a exclusividade do exercício, e, ainda, a delegação de outros poderes, como o controlo de formação e das condições de trabalho.

Neste percurso, o ensino de enfermagem tem desempenhado um papel fundamental, quer por apresentar-se como o palco da formação, quer porque rápidas mudanças sociais e políticas no Sistema Educativo o têm afectado. O ajustamento às necessidades sociais, além de um desejo, natural, representa um considerável esforço da comunidade e da profissão (Costa, 1998; Costa, 2000).

A formação dos enfermeiros, nomeadamente em cuidados às pessoas idosas tem permanecido aquém da mudança social ocorrida (aumento do número de idosos) e da mudança ocorrida nas instituições e nas unidades de saúde (Costa, 1998). Talvez tal derive de a gerontologia durante muito tempo ter sido considerada como um sector onde trabalhavam enfermeiros de segunda categoria. Os preconceitos relativos ao envelhecimento são persistentes, fazendo-se sentir no não desenvolvimento de programas adaptados às necessidades da pessoa idosa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). O Concelho Internacional de Enfermeiros (ICN) veio alertar para o facto de a população mundial estar a envelhecer para uma quarta idade. Defrontados com a previsão de que por volta de 2020 haverá mais de mil milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o ICN encoraja os enfermeiros na prestação de cuidados de saúde optimizados às pessoas de idade

A análise desta problemática permanece actual, ao considerarmos que a formação se constitui num binómio unificador da construção profissional. A formação dos enfermeiros devem incorporar as mudanças sociais, de modo a prepará-los para cuidar dos indivíduos idosos em casa, comunidade, internamento, potenciando as capacidades remanescentes e não descurando que o idoso e o meio interagem activamente.

Os cursos de especialização em enfermagem, no qual se incluirá a especialidade de enfermagem gerontologica/geriátrica, não estão ainda regulamentados. A União Europeia, através da Directiva n.º 77/453, emanou disposições no que se refere à formação dos

enfermeiros responsáveis pelos cuidados gerais, onde se incluem: ensino teórico e técnico, "cuidados de enfermagem – ensino sobre cuidados a prestar às pessoas idosas e geriátricas"; ensino prático – "cuidados a prestar às pessoas idosas e geriátricas e cuidados a prestar no domicílio". Esta Directiva foi respeitada por Portugal, após a assinatura do tratado de adesão, sendo transposta para o direito interno, através do decreto-lei n.º 320/87, de 27 de Agosto. O conteúdo geral da formação em cuidados de enfermagem aos idosos estende-se do estudo demográfico, à prestação de cuidados, ética e na afectação de recursos. A aprendizagem dos cuidados prestados aos idosos deve ser integrado em todas as disciplinas como: biologia, demografia, desenvolvimento humano, metodologia de investigação, teorias e processos de enfermagem, ética e legislação aplicada.

Num estudo de Varela & Carvalho (2002), 76% dos enfermeiros inquiridos, referiam não lhe ter sido ministrado nenhuma disciplina especificamente sobre gerontologia ou geriatria. A grande maioria (73,4%), abordou o tema inserido noutra disciplina mais abrangente e 17,6% realizou trabalhos de grupo nessa área.

Segundo Costa (1998: 65), *"a formação permanente em enfermagem, constitui um conjunto de experiências planeadas, tendo por base um programa educacional em enfermagem, destinadas a promover o desenvolvimento de competências e de atitudes relevantes para as práticas de enfermagem, bem como a prestação de cuidados ao público"*. Formar-se em cuidados de enfermagem para a população idosa envolve: um processo impulsionador de competências para proporcionar cuidados, não se restringindo à mera aquisição de conhecimentos, mas visando o desenvolvimento global do indivíduo, o que não exclui a necessidade de maiores conhecimentos sobre enfermagem gerontológica/geriátrica; a necessidade de um amplo saber sobre os conceitos fundamentais de enfermagem em relação aos idosos, conducente e sugerindo que a enfermagem deve promover uma teoria de orientação que explique a essência da prática dos cuidados aos idosos.

Para permitir aprofundar os cuidados aos idosos, a formação em enfermagem tem vindo a dirigir esforços e a concentrar saberes na área de enfermagem geriátrica/gerontológica, partindo do princípio que o passar dos anos, não é sinónimo de ser doente. Trata-se de um *timing* biológico, com os seus ritmos, sobre os quais há saberes a organizar, constituindo assim um domínio especializado ou sub-especializado.



Os modelos de formação dos enfermeiros em geriatria/gerontologia têm-se aproximado dos modelos escolarizados, centrando-se sobretudo nas aquisições dos jovens profissionais. De facto, a observação um serviço hospitalar, rapidamente conduz à ideia de um mundo de rotinas. Dá-se valor aos aspectos visíveis dos cuidados, ao qual esta muitas vezes subjacente a produtividade. Técnicas como electrocardiograma ou colheitas de sangue são mais valorizadas do que a habilidade de confortar as pessoas que sofrem. Os cuidados de natureza psicossocial são dados, se houver tempo. Esta tendência tem de ser contrariada pois dela resulta uma despersonalização dos cuidados (Ferreira & Pinto, 2002).

São, em geral, os serviços de Medicina, o palco dos primeiros contactos com o doente idoso. Aí, e como relatam os planos curriculares, os objectivos dos estágios dirigem-se para aprendizagens específicas como: cuidados de higiene, conforto e bem-estar, administração de terapêutica e investimentos básicos de enfermagem, num claro desajuste face à centralidade da pessoa idosa. A própria formação daqueles que lidam (in)directamente com os idosos é deficitária, abarcando os aspectos biológicos em detrimento de uma abordagem mais abrangente e integral, na qual façam parte os aspectos emocionais (Arantes, 2003; Costa, 2000).

Segundo um estudo de Robertson (1991, citado por Costa, 1998) o gosto dos enfermeiros em trabalhar com pessoas idosas adivinha, em primeiro lugar, factores relacionados com a formação inicial, logo seguida pela experiência agradável do trabalho, realçando, neste aspecto, a autonomia e independência das funções exercidas.

Os cuidados de enfermagem, nomeadamente no desenvolvimento das áreas de formação especializada e/ou pós-graduação em enfermagem desenvolvem capacidade para desempenhar as competências referidas e ainda a capacidade para intervir também como consultor no espaço de decisão social, política e a todos os níveis do sistema de cuidados, bem como para liderar equipas de apoio, pretendendo-se a melhor utilização dos recursos numa perspectiva económica e o mais eficaz atendimento dos idosos.

Esta é uma das áreas em que pouco investimento tem existido e onde menos se tem evoluído. A excessiva centralização dos enfermeiros nos grandes centros, a falta de uma cultura de intervenção autárquica no domínio da saúde têm afastado os centros de saúde da participação das comunidades, o que, relativamente às necessidades de saúde dos idosos os tornariam pilar na decisão local.

Os grandes debates na formação em cuidados de enfermagem geriátrica/gerontológica estão levantados e alicerçam-se em torno de algumas temáticas fundamentais: questões éticas e deontológicas, logística dos cuidados, interdisciplinariedade de intervenção e a liderança dos cuidados aos idosos. Genericamente os problemas de geriatria têm estado confinados, ou pelo menos, abandonados a uma certa incapacidade para investigar as faces finais de vida. A saúde nos idosos tem que ter desenvolvimentos inequívocos nas ciências de enfermagem, passando da mera iniciativa individual em investigar, a projecto de pesquisa centrados nas famílias e nas comunidades que permitam perspectivar outras políticas de saúde e bem estar do idoso.

## **CAPÍTULO 2.**

### **OS VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO**

Neste segundo capítulo iremos restringir-nos aos valores e crenças na relação enfermeiro-idoso. Na primeira parte descreveremos o conceito; origem e efeitos dos valores e crenças ao longo da história. Numa segunda parte analisaremos a influência dos valores e crenças sobre a velhice e envelhecimento, mais especificamente, as dificuldades provenientes das atitudes, dos mitos e estereótipos que a sociedade e os profissionais de saúde têm relativamente aos idosos e à velhice. Consagramos a terceira parte aos valores e crenças sobre a enfermagem e os enfermeiros. Por fim, na última parte analisaremos o impacto dos valores e crenças na relação enfermeiro-idoso, ou seja, como os idosos são vistos pelos enfermeiros e vice-versa.

## **1. VALORES E CRENÇAS: CONCEITO, ORIGEM E EFEITOS**

O ser humano tem necessidade de agir de acordo com as suas crenças e valores e de executar gestos e acções conforme a sua noção pessoal do bem, do mal e da justiça, mas tem também necessidade de possuir um sistema de valores hierárquicos e de seguir uma ideologia, isto é, de adoptar um conjunto de ideias, crenças e doutrinas próprias de uma sociedade. Desta forma cada indivíduo interioriza comportamentos, atitudes e valores, que se transformam na sua realidade. Paralelamente, o ser humano vive em constante interacção com os seus semelhantes, o que lhe permite partilhar experiências, crenças e valores. O bem-estar e qualidade de vida de qualquer sujeito mantêm-se pela harmonia com o contexto, consigo e com os outros. As suas crenças e valores ajudam-no a conservar este equilíbrio.

É desta interacção com outras pessoas e das experiências pessoais, conhecimentos adquiridos e cultura que se aprende a agir em determinada circunstância, tendo em consideração o fim desejado. A influência de todos estes factores é, normalmente, designada por socialização, isto é, a aprendizagem das regras e princípios da vida em sociedade. Estas, vão determinar os factores que mais directamente influenciam o comportamento, ou seja, valores, atitudes e crenças.

Tentar situar a necessidade de agir segundo as crenças e os valores em relação à velhice e ao processo de envelhecimento representa uma difícil tarefa, por fazer referência a conceitos bastante abstratos. Ao longo de toda a sua existência o ser humano evoluiu tanto no plano físico, psicológico, sócio, moral e espiritual. O desenvolvimento moral é um processo progressivo que não está ligado a filiação religiosa ou à educação, mas às regras de comportamento social e à capacidade de agir em reciprocidade com os outros, mantendo os princípios e valores pessoais (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Collière, 1989; Gameiro, 1991; Rispaill, 2003). Convém então, clarificar o que se entende por crenças e valores.

As crenças são definidas como uma convicção, uma certeza que alguém possui, face à sua visão de verdade. Trata-se de uma ou um conjunto de informações sobre um assunto. É determinante das atitudes, intenções e comportamentos e forma-se a partir das informações que recebemos, sejam elas directas (factos observados) ou indirectas (televisão, rádio, jornais,...). Podemos, por exemplo, determinar as crenças dos enfermeiros em relação à velhice, pedindo-lhes que enunciem os atributos que lhe associam (tema deste trabalho) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). As crenças podem ser vistas como lentes que utilizamos para analisar as situações, sendo depois, em função dessa análise, que se escolhe o comportamento adequado (Almeida, 1995).

Por valor pode designar-se uma forma de crença que se situa no coração do sistema global de crenças do indivíduo, ditando o comportamento a adoptar ou a evitar, e o fim que justifica o empenhamento para o atingir.

Quando os ideais, positivos ou negativos, são interiorizados, orientam a acção do indivíduo e reflectem o que é desejado e desejável para ele. Torna-se, então, na sua linha de conduta e serve de padrão para julgar os actos e as finalidades que a si fixou. Em geral, cada indivíduo tem o seu próprio sistema de valores, hierarquizados em função das suas necessidades. Ocasionalmente pode suceder que uma pessoa adira a valores incompatíveis e não se aperceba das contradições que provocam no seu comportamento (Gameiro, 1991; Rispaill, 2003).

Os valores enquanto crenças constituem o continente da nossa vida e, por isso, não tem um carácter de conteúdos particulares dentro destas. Não são ideias que temos, mas ideias que somos, ideias nas quais estamos e constituem a base da vida de cada indivíduo (Rispaill, 2003). Todo o ser humano tem necessidade de crenças e de valores para manter a sua identidade pessoal e a sua individualidade. As crenças e valores assumiram desde

muito cedo um papel de destaque na história das sociedades e dos indivíduos. Também na enfermagem, crenças, atitudes e comportamentos, são de certo modo a pedra angular desta profissão (Collière, 1989).

## **2. VALORES E CRENÇAS SOBRE A VELHICE E ENVELHECIMENTO**

### **2.1. VALORES E CRENÇAS QUE EMERGEM DA HISTÓRIA**

O envelhecimento e a velhice ocorrem envolvidos e influenciados por aspectos sociais e culturais, daí que para compreender melhor os valores e crenças que lhe estão associados haja necessidade de distinguir como cada sociedade encara esta fase da vida. A compreensão do significado social da velhice deverá ter por base a análise dos valores de cada sociedade, concordantes com a especificidade da sua organização social. A variabilidade histórica e cultural do conceito de velhice parece ter expressão numa diversidade de valorizações que condicionam e são condicionadas pela posição social dos indivíduos. Antes de abordar a imagem contemporânea da velhice, serão tecidas algumas considerações sobre o modo como as sociedades antigas encararam o mesmo tema.

Robert (1994, citado por Mota *et al.*, 2001) refere que o estudo das sociedades antigas, assim como uma leitura da Bíblia, revelam que a atitude face aos idosos varia segundo o contexto económico. O respeito pelo ancião dependia, frequentemente, dos recursos que possuía, ou seja, a imagem de velho venerável e reverenciado pela família, pressupõe boas condições materiais e uma colheita abundante. Nos casos de penúria, susceptíveis de ameaçar a sobrevivência da comunidade, a eliminação das *bocas inúteis* entra facilmente nos costumes.

Outra representação frequente nas sociedades antigas (e que se mantém ainda hoje) baseia-se numa caracterização pela oposição entre velhice à juventude: o jovem dotado de um corpo esbelto, forte e vigoroso, contrapõem-se à decadência física do velho. Uma lenda romana conta que num local denominado Rocha Tarpeia, no mesmo local onde eram precipitados os criminosos, também eram levados, pelos filhos, os pais idosos e enfraquecidos. Até que um dia, um pai que estava prestes a ser despenhado pelo filho

assim falou: *trazes-me onde eu trouxe meu pai e onde um dia, teus filhos te irão trazer...* refere a mesma lenda que tal prática foi desde então para sempre abandonada (Mota *et al.*, 2001).

De facto, nas sociedades e culturas em que a saúde, a beleza e a juventude são valores preponderantes, as necessidades e preocupações com os idosos tendem a ser esquecidas e a sua sabedoria e experiência de vida é negligenciada.

Em oposição, na Grécia antiga o velho é considerado como depositário máximo de sabedoria. Homero associava a velhice a sabedoria (Gomes, 2002; Mota, *et al.*, 2001; Santos, 2001). Nalgumas histórias das civilizações fala-se no “Conselho de Anciões”, nas quais transparece o apreço pela sabedoria dos mais velhos, cujas experiências de vida lhes conferia toda a aceitação, quando os problemas da nação se tornavam graves (Agreda, 1999).

Historicamente, a condição dos idosos diferiu com o tipo de organização social e política, designadamente com a proveniência de classe. Assim, a sorte dos velhos oriundos da aristocracia era muito diferente daquela dos que pertenciam a classes inferiores: os velhos da classe dominante parecem ter sido poderosos nas sociedades estáticas, repetitivas e hierarquizadas, mas não nas sociedades em período de expansão, de mudança e de revolução.

Centrando-nos, mais especificamente na Europa, dos tempos medievais aos nossos dias, a posição social dos idosos é variável. Do século V ao X, a posse da terra dependia da força e da capacidade para a defender, o que desfavorecia os idosos. A partir do século XIII, a lei possibilitava aos idosos a posse de terra por meio de compra. No século XVIII, o chefe de família, envelhecido, permanece o detentor das propriedades e goza de prestígio económico (Beauvoir, 1990).

Com a industrialização a posse da terra perde importância em favor da propriedade de meios de produção como as fábricas e as máquinas: torna-se dominante a ideologia do produtivismo (o que não produz é inútil, ao mesmo tempo, com a introdução de novas tecnologias diminui o valor do saber tradicional e o prestígio do que os transmitem). Foi na sociedade urbana industrial que se institucionalizou o limite da idade activa, que marginalizou o trabalhador reformado colocando-o na última fase da sua vida - a velhice, designada terceira idade (Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001, Santos, 2001).

Ao longo dos tempos, as organizações sociais encaram o fenómeno da velhice tendo em vista o bem comum e os interesses gerais das comunidades. Todavia, o bem comum não passa sempre pela consideração e respeito dos mais velhos. As atitudes e comportamentos de algumas populações nómadas podem hoje impressionar-nos. Segundo Summer (citado por Mota *et al.*, 2001), cujo testemunho se situa em finais do século XIX, as atitudes perante os idosos podiam revestir dois aspectos: por um lado, a educação e a tradição inculcavam em respeito tradicional, devido à sua sabedoria e conselhos; por outro lado, os idosos eram considerados como fardos sociais e eram forçados a morrer quer por iniciativa própria, quer nas mãos dos seus parentes.

O envelhecimento, vinculado a um processo individual de vida, surge ligado à própria noção de pessoa que é variável com a sociedade (Mota *et al.*, 2001; Moniz, 2003). Limas e Viegas (1988) argumentam que a noção de pessoa é uma categoria de pensamento produzida em todas as sociedades, que traduz um modelo de relação entre os membros e, simultaneamente, a relação destes com o contexto social em que se inscrevem. Os autores consideram tratar-se de um conceito que cristaliza valores, padrões de comportamento, sistemas morais, costumes e códigos jurídico e religiosos. Em suma, a noção de pessoa é constituída a partir de uma pluralidade de elementos concordantes com a ideologia da sociedade que a elabora. Desta forma, cada sociedade e cultura constroem uma noção de pessoa e, em consequência, também, de envelhecimento e velhice. Assim, é essencialmente através da forma como a sociedade concebe os períodos de vida, de acordo com a ideologia da época que se pode explicar a variabilidade de representações da velhice ao longo da história ocidental.

Limas e Viegas (1988) argumentam que estas representações, não são apenas reflexo de uma ideologia, são conceitos idealmente construídos por cada sociedade e, por isso, expressão das relações sociais subjacentes, enquadradas numa hierarquia de estatutos. A construção social do conceito de velhice tem, assim por base os valores de cada sociedade, concordantes com a hierarquia de posições sociais dos indivíduos na estrutura económica e social.

Podemos, então, conceber que a velhice é socialmente pré-determinada. A imagem que a sociedade tem sobre os idosos, o papel individual que lhe é atribuído na teia social, determinam a forma como os indivíduos envelhecem. A velhice é, então, influenciada pelo



clima económico e social: as vivências dos tempos e, particularmente, a situação económica afectam o estatuto dos idosos assim como o seu processo de envelhecimento.

Nas sociedades orientais e nos países onde a esperança de vida é reduzida, os idosos são vistos como fonte de sabedoria, por isso mais considerados, respeitados e honrados como símbolos da humanidade e dignidade (Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001).

A imagem contemporânea sobre as pessoas idosas na maioria dos países industrializados é a de pessoas que necessitam de cuidados, *estão gastos*, solitários e pobres. Esta imagem contrasta com a de muitos países subdesenvolvidos, onde se considera que as pessoas idosas possuem sabedoria e atinado julgamento, pelo que são distinguidas e respeitadas.

A sociedade que considera o idoso um ser sem utilidade, uma vez que já não produz, marginaliza-o das suas estruturas e realizações. Tudo está programado sem ter em conta as limitações físicas e psíquicas deste grupo. Exige-se rapidez em todos os actos, na utilização de transportes públicos, no atravessar a rua, nas compras... Além disso, o idoso não é ouvido, pois nada de importante tem a comunicar. Existe, ainda, o perigo de que as pessoas idosas acabem por desenvolver uma atitude em que sintam apenas os aspectos negativos da sua condição. A sociedade pode estar a fornecer aos idosos uma imagem que lhes inibe a percepção de aspectos positivos.

Os meios de comunicação social, também, desempenham um papel na construção da imagem do idoso na sociedade, que tem contribuído de forma importante para a criação de uma imagem negativa da velhice, que raramente corresponde à situação real e global da pessoa idosa. É dada primazia à juventude, em desfavor dos idosos, estes vêm-se desfavorecidos relativamente aos seus valores, dignidade e sentimentos. Esta construção negativa do idoso e da velhice começa desde muito cedo no processo de desenvolvimento individual. A concepção transmitida pelos pais e, mais tarde, pela escola é um factor que contribui de forma decisiva para a formação de um conjunto de estereótipos e preconceitos de difícil alteração face à velhice.

A diversidade cultural do homem ao longo da história mostra-nos que as atitudes perante os idosos nem sempre foram a mesma, as mais correctas ou humanas. Muitas vezes, partimos de um preconceito errado da noção de velhice, que não é mais do que a tradução cultural do envelhecimento, que é um fenómeno natural. É, pois, necessário repensar as atitudes face ao idoso, reflectir e avaliar os valores no sentido de proporcionar

a este grupo etário melhores condições nesta fase da sua vida – envelhecer é uma arte que urge aprender (Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001; Moniz, 2003; Paúl, 1997).

Em resumo, pode-se verificar que os valores e crenças associadas à velhice e ao envelhecimento têm por base a análise dos valores de cada sociedade, concordante com a especificidade da sua organização social. A variabilidade histórica e cultural do conceito de velhice parece ter expressão numa diversidade de valorizações que condicionam e são condicionadas pela posição social do indivíduo. Assim, a construção social do conceito de velhice tem por base os valores de cada sociedade, concordantes com a hierarquia de posições sociais dos indivíduos na estrutura económica e social. Esta construção na grande maioria é negativa, inibindo a percepção de aspectos positivos da velhice. De facto, os valores hoje vigentes na nossa sociedade são à saúde, a beleza, a juventude, sendo negligenciadas a sabedoria e experiências de vida.

## 2.2. VALORES E CRENÇAS NA ACTUALIDADE

É habitual o comentário de que é difícil viver e envelhecer neste início do século XXI, uma vez que o mundo e as formas de vida se estão a transformar-se com enorme rapidez. Vive-se uma época de grandes inovações científicas e intensas mudanças sociais e económicas, que afectam profundamente os estilos de vida. A velhice tem-se tornado um tema comum em debates na televisão, reportagens em jornais ou artigos em revistas. Muitas destas discussões têm como plano de fundo dados demográficos, centrados no envelhecimento populacional mundial e no aumento da esperança de vida, apontando para o aumento da proporção de idosos na população e para a longevidade.

Inúmeros estudos na área da gerontologia têm sido realizados a fim de identificar e compreender as mudanças necessárias, tanto no que se pensa sobre o envelhecimento, como na maneira que tratamos os idosos. No entanto, por esta ser uma nova área da investigação e por o aumento da população idosa ser algo novo, até os especialistas têm dúvidas e incertezas sobre o que fazer diante de tantas mudanças. Não raramente, observamos que mesmo os profissionais (principalmente, na área da saúde e acção social) encaram a velhice de maneira preconceituosa, lidam com os velhos a partir desses preconceitos e do que pensam que seja importante para eles, sem analisar as suas reais necessidades, sem lhe perguntar o que pensam ou desejam (Neri & Freire, 2000).

Os estudos têm focalizado, principalmente, mitos, estereótipos e atitudes em relação à velhice e envelhecimentos, dos quais emergem os valores que rodeiam a velhice nos nossos tempos. Actualmente, os idosos são, muitas vezes, vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar e os fechar em “ghetos”. “A imagem sublinhada que fazemos deles, é a do sábio, aureolado de cabelo branco, rico em experiência e venerável, que domina do alto da condição humana. Quando se afastam desta imagem, emerge: a oposta, a do velho louco que não raciocina, que divaga e de quem os filhos se riem” (Beauvior, 1990).

Pairou sempre no horizonte do homem civilizado, que um povo com carências não pode vir a ser velho, e os que atingem, são um acidente demográfico e de má qualidade (Mota *et al.*, 2001). Quando, hoje, se olha uma criança estamos a ver uma esperança de vida que vai ultrapassar os oitenta anos, em condições de vida invejáveis.

As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e, em parte, responsáveis pela imagem que estes têm de si, bem como das condições e circunstâncias que envolvem o envelhecimento. O desconhecimento do processo de envelhecimento leva a falsas percepções que acabam por isolar os idosos, chegando mesmo a contribuir para acelerar o próprio processo de envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mota *et al.*, 2001).

O *ageism* (ou idadismo) reporta-se às formas de discriminação com base na idade e demonstra que a sociedade mantém ideias preconcebidas sobre a velhice. Este termo foi utilizado pela primeira vez por Butler, reportando-se a todas as formas de discriminação com base na idade. Um bom exemplo de *ageism* é a história contada por Hubert de Ravinel: um homem de 93 anos vai ao médico por ter dores no joelho direito; o médico responde “meu caro senhor, na sua idade é normal ter dores no joelho”; e o senhor respondeu “como explica que o meu joelho direito esteja velho e o esquerdo não?” (Ravinel, 1987).

È interessante verificar que as imagens, crenças, estereótipos e discriminação baseada na idade cronológica apresentam características específicas que a diferenciam de outros tipos de discriminação como, por exemplo, o racismo e o sexismo. De facto, as pessoas, em geral, não mudam o género, a raça ou a etnia, mas todos avançam na idade e serão um dia idosos (Lehr & Thomae, 2003; Neri & Freire, 2000).

Neste âmbito, desde que o envelhecimento populacional se tornou um fenómeno com uma grande dimensão vários estudos se desenvolveram com o propósito de identificar mitos, estereótipos e atitudes em relação à velhice e às pessoas velhas.

O mito é uma representação simbólica, “*uma construção do espírito que não se baseia na realidade*” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 64). Pode ser, também, um conjunto de expressões pré-concebidas ou eufemismo, que mantemos relativamente aos idosos, por exemplo: “ela tem um ar jovem para a idade”, “idade de ouro”. No caso dos idosos, uma análise mais profunda permite perceber que os mitos escondem, por vezes, uma certa hostilidade e quando utilizadas em excesso, impedem o estabelecimento de interações com os mais velhos (Mota *et al.*, 2001; Neri & Freire, 2000).

Os mitos mais comuns associados à velhice e ao envelhecimento são os oito que descrevemos em seguida (Almeida, 1999; Berger & Mailloux-Poirier 1995; Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001; OMS, 1999; Roach, 2003).

O primeiro, indica que a maioria dos idosos é senil ou doente e sofre perda de capacidades. A senilidade é um termo que descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. É inegável que o envelhecimento acarreta perda de algumas capacidades, principalmente funcionais e sensoriais, mas também há outras capacidades que aumentam, como a experiência de vida e a habilidade de tomar decisões ponderadas. Acreditar que a doença e o envelhecimento são sinónimos, tem consequências, pois se a velhice fosse doença, poderia tratar-se e curar, o que não é realidade. Por outro lado, a doença não faz, necessariamente, parte da velhice.

O segundo indica que a maior parte dos idosos é infeliz. A literatura demonstra que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado, comparável ao dos adultos. Envelhecer não tem que ser algo negativo, havendo quem consiga envelhecer mantendo as suas capacidades e utilizando da melhor forma os seus recursos internos e externos. A velhice é para alguns a plenitude da vida. Muitos idosos mantêm a sua autonomia e dão um valioso contributo para a sociedade.

O terceiro refere-se ao trabalho, indiciando que os idosos não são produtivos, ou, pelo menos, são-no menos que os jovens. Todavia, a literatura tende a demonstrar que os trabalhadores mais velhos têm uma taxa de absentismo menos elevada, menos acidentes e um rendimento mais constante. Acresce que mesmo os idosos que não têm um trabalho remunerado, acabam por desempenhar tarefas (como cuidar dos netos, ou fazer o trabalho

doméstico), que mesmo não gerando directamente dinheiro, permitem que as famílias poupem. Tavares (2002), refere que a improdutividade é desqualificante porque dá como verdade que o idoso é uma sombra do passado, um incapacitado, porque ficou desprovido de qualidades que contribuam para o desenvolvimento da sociedade.

O quarto indicia que a maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas, isto é, sinónimo de dependência. Contudo, cerca de 80% dos idosos é suficientemente saudável e autónomo para efectuar as suas actividades quotidianas sem qualquer ajuda. Sabemos que o processo de envelhecimento implica alterações estruturais e biológicas. Contudo, essas alterações não acontecem de maneira igual, uma mesma função pode envelhecer a ritmos diferentes, em diferentes pessoas. A maioria das doenças crónicas que reduzem a capacidade funcional é o resultado do modo de vida, pelo que alterando os factores de risco, os efeitos desses factores no envelhecimento da pessoa podem ser invertidos. A dependência não é sinónimo de velhice, pode ocorrer nas diversas etapas de vida.

O quinto argumenta que os idosos mantêm, obstinadamente, os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar. À medida que se envelhece há tendência para adquirir hábitos e rotinas de vida, que espelham as preferências definidas ao longo da vida. Contudo os idosos não recusam totalmente a mudança, quando surgem situações novas são capazes de se adaptar, tal como as outras pessoas.

A capacidade de mudança e de adaptação existe nos idosos, o que é reconhecido cientificamente. O modo como as pessoas de idade se comportam indica-nos a medida do seu desejo de se adaptar e mudar. Se o seu entendimento de velhice for positivo e realista ele revê os seus objectivos, a sua escala de valores e encara o fim que se aproxima. A noção de felicidade e bem-estar, deixa de ser sinónimo de sucesso e passa colocar a tónica na serenidade, satisfação e associação em grupos.

O sexto mito considera que todos os idosos se assemelham. Esta crença é patente em expressões do tipo: “os idosos gostam de sopas de pão com leite”; “os idosos apreciam os cuidados de higiene e a alimentação”; “os idosos dão muito importância à relação”. De facto, o que ocorre é o contrário, à medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (tais como, humor, personalidade e modo de vida). Ao longo da vida a pessoa vai tendo influências externas que vão ser marcantes na forma como se envelhece; a sociedade tem tendência a apresentar uma visão uniforme do ser humano

como se com a chegada da velhice todas as diferenças se dissipassem. Mas é preciso não esquecer que o idoso transporta consigo toda a sua história de vida, determinada pela sua herança genética e psicossociocultural. Porém as modalidades de senescência variam imenso na população humana, assim como no interior de uma mesma população, chamando-se a isso envelhecimento diferencial. Podemos, então, dizer que o envelhecimento é condicionado por factores genéticos e hereditários e por factores extrínsecos como: estilo de vida, estado nutricional, actividades, ambiente, educação e condições de saúde. Actualmente as mulheres vivem mais tempo que os homens, devido a protecção hormonal, apesar de apresentarem uma taxa de morbilidade mais elevada. Para além das diferenças biológicas há ainda as diferenças de papéis na sociedade, nomeadamente, as económicas que por vezes constituem desvantagens. Por viverem mais tempo são também mais susceptíveis a ficarem viúvas, o que acarreta quase sempre um acréscimo de dificuldades.

O sétimo indica que a maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão. A bibliografia prova, 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. No entanto, os estudos sobre a solidão e o isolamento social não são concludentes e demonstram resultados contraditórios. Ao falar-se de solidão, nunca é demais referir que, apesar de ser uma crença bastante presente ao nível da categoria social considerada neste estudo, não podendo fazer-se generalizações já que diferentes pessoas, em diferentes situações, podendo experimentar diferentes sentimentos de solidão. Neste caso, muitas vezes se indica que os idosos são rejeitados pela família que pouco se interessa pela sua situação. Se bem que esta situação se verifique em alguns casos, na maioria as famílias preocupam-se com os seus idosos, e com o aumento da esperança de vida, dedicam cada vez mais anos a cuidá-los. (Almeida, 1999; Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001; Roach, 2003)

Um oitavo mito indica que a maioria das pessoas idosas vive em países desenvolvidos. De facto, segundo a OMS (1999), mais de 60% das pessoas idosas vive em países em vias de desenvolvimento, estimando esta organização que por volta de 2020, existirão cerca de 1 bilião de pessoas idosas, sendo que destes 70 milhões viverão em países desenvolvidos (Gomes, 2002).

Passamos, agora, a analisar os estereótipos, que segundo Ayestaram e Pãez (1987, citado por Martins & Rodrigues, s/d) constituem uma representação social sobre os traços típicos de um grupo, categoria ou classe social. Caracterizam-se como um modelo lógico para resolver uma contradição da vida quotidiana e servem, sobretudo, para dominar o real. No entanto, também contribuem para o não reconhecimento da unicidade do indivíduo, a não reciprocidade, a não duplicidade e o despotismo em determinadas situações. Castro (1999), entendem que os estereótipos são preconceções rígidas, mais ou menos falsas e irracionais.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995) um estereótipo é um *chavão*, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade. Trata-se de uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, segundo um padrão determinado, podendo assumir cariz 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, por exemplo: todos os idosos são senis. De acordo com o mesmo autor, após a industrialização, na nossa sociedade, os estereótipos referentes aos idosos são sobretudo negativos.

Socialmente, no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica, ou seja, o medo da velhice e do envelhecimento, com o conseqüente evitamento.

Um estudo desenvolvido por estudantes de gerontologia, da Université de Montréal (referenciado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995), permitiu a identificação dos estereótipos mais frequentes relativamente aos idosos. No início da colheita de dados os estudantes tinham identificado 14 estereótipos que testaram junto à população em geral. Verificou-se a existência de sete estereótipos: gostam de jogar às cartas e outros jogos semelhantes (bingo, loto,...); gostam de depender dos filhos; são pessoas doentes e tomam muitos medicamentos; fazem raciocínios senis; são relativamente limpos e não se preocupam com a sua aparência; são muito sensíveis e inseguros; já não se interessam pela sexualidade. Os outros sete não foram confirmados: os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir; divertem-se e gostam de rir; temem o futuro; gostam de conversar e

contar as suas recordações; são muito religiosos e rezam muito; são muito frágeis para fazerem exercício físico; são quase todos pobres.

Parece que a maioria dos estereótipos está ligada, não a características específicas do envelhecimento, mas a traços de personalidade e a factores sócio-económicos. Na sociedade actual, face à marginalização dos idosos, as suas reacções e insegurança no que se refere ao futuro são completamente normais. Os principais estereótipos veiculam, portanto, imagens de fraqueza, fadiga, perda de interesse, lentidão, declínio, introversão, apatia e isolamento. Referem-se mais a um conjunto de processos defensivos, do que construtivos. Parece, no entanto, que vários desses estereótipos se apoiam mais nos medos e nas aquisições relativas ao envelhecimento, do que nas características específicas dos idosos.

Passamos, então, à análise das atitudes, que segundo Almeida, (1995) são a responsável pelo estado resultante das crenças ou ideias com aquilo que achamos bem ou mal, justo ou injusto, que nos provoca dor ou prazer. Atitudes são estados que afectam a escolha de uma pessoa face a um objectivo, uma outra pessoa ou uma acção e que influenciam a orientação e a direcção do seu comportamento. Representa uma predisposição para agir de forma sistematicamente favorável ou desfavorável, conforme certos aspectos do mundo que nos rodeia (Costa *et al.*, 1999). Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), uma atitude é 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 atitude pode ser favorável ou desfavorável, desenvolve-se a partir das experiências e da informação sobre as pessoas ou grupo de pessoas. Não é uma intenção, nem um comportamento, mas pode influenciar os comportamentos.

As atitudes desenvolvem-se cedo na vida e são influenciadas por múltiplos factores (tais como: educação, meios de comunicação social, idade). Parece que as crianças, os adolescentes, os jovens adultos e as pessoas instruídas demonstram atitudes mais positivas em relação à velhice (Collière, 1989).

Sem examinar em profundidade o fenómeno das atitudes, convém mencionar alguns elementos susceptíveis de influenciar as atitudes sociais: aparência física; proximidade da morte; aumento da dependência; comportamento geralmente mais lento; imagens (positivas ou negativas) veiculadas pelos meios de comunicação social (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).



Também é importante referir que as imagens da velhice variam segundo o género, sendo o prejuízo para o lado das mulheres. A sociedade tende a desvalorizar mais as mulheres idosas, dada a importância excessiva atribuída a uma certa idade e beleza reservada a juventude. Como já foi referido, os idosos com poder económico prolongam artificialmente a sua aparência para não serem chamados velhos (Neri & Freire, 2000). A sociedade limita os centros de interesse e de actividade das mulheres. Muitas delas, adoptam atitudes e procedimentos que julgam que os outros esperam delas, temendo o escândalo ou o ridículo. Afastam determinados comportamentos, não por os considerarem incorrectos, mas porque *parece* mal na sua idade.

Por outro lado, pelo facto de terem sido discriminados quanto a empregos e salários, em parte devido aos valores tradicionais que condicionavam a mulher a ficar em casa cuidando dos filhos, existe uma tendência ao empobrecimento e à dependência económica entre as mulheres idosas. Os homens idosos parecem ser mais reticentes quanto a busca de novos papéis sociais. Ficam presos aos papéis tradicionais de patriarca e provedor. Isto contribui para o isolamento social após a aposentadoria e conseqüentemente para um envelhecimento de menor qualidade.

O papel de cuidadora recai também nas mulheres. A sobrecarga e a dupla jornada de trabalho, juntamente com o envelhecimento dos cuidadores, são factores relevantes na instituição de idosos, influenciando também a qualidade de vida de mulheres em processo de envelhecimento.

A velhice é um fenómeno eminentemente feminino, graças a actuação de eventos associados ao estilo de vida e à genética. A questão demográfica da feminização da velhice cria demandas específicas, especialmente na área da saúde e de cuidados, às quais devem responder as políticas públicas e as famílias (Lehr e Thomae, 2003; Neri, 2001; Neri & Freire, 2000; Salgueiro, s/d; Sousa et al, s/d).

### 2.3. IMAGENS ASSOCIADAS AS CRENÇAS E VALORES

A promoção de imagens positivas do envelhecimento constitui uma estratégia importante do estatuto da pessoa idosa no interior de uma sociedade *ageist*. Segundo Neri & Freire (2000), a televisão, literatura, livros e revistas, por serem meios de comunicação de massa, poderiam transmitir modelos mais positivos da velhice, em lugar de reafirmar

preconceitos e estereótipos, o que permitiria modificar a percepção negativa do envelhecimento. Alguns procedimentos educacionais podem ser utilizados desde cedo com crianças e jovens para uma mudança na imagem social da velhice.

Além da apresentação de modelos mais positivos de velhice, os estudos reafirmam a importância do relacionamento entre gerações, como a forma mais eficiente para criar percepções mais positivas em relação à velhice. Este pode ser um meio para amenizar os preconceitos, aliviar possíveis tensões entre gerações, proporcionar consciência histórica do passado, presente e futuro e, principalmente, compartilhar a diversidade cultural de valores e estilos de vida (Neri & Freire, 2000).

A presença dos idosos na família e na comunidade pode, de resto, ser útil para os jovens e pessoas de meia-idade, ensinando-os a envelhecer e a adaptar-se aos novos papéis (familiares e sociais) ligados ao envelhecimento. Em geral, constata-se que as crianças, adolescentes, jovens adultos e pessoas com mais habilitações académicas, demonstram atitudes mais positivas em relação à velhice (Lehr & thomae, 2003; Neri, 2001; Neri & Freire, 2000; Sousa *et al.*, s/d; Salgueiro, s/d).

As imagens positivas têm efeitos benéficos sobre os idosos, valorizando a sua auto-imagem e auto-estima. Quando os idosos sentem a velhice como um fenómeno natural, dão sentido à vida, são mais felizes e envolvem-se mais no seu meio e na sociedade. Reconhecem em si aspectos positivos, tais como: sistema de valores estáveis, sensatez, juízo crítico. Encontram no envelhecimento certas vantagens, como: ausência de competição, abertura de espírito, diminuição da responsabilidade e do trabalho. Utilizam os seus conhecimentos e as suas experiências passadas para as partilhar com os outros ou para recorrer a eles quando necessário (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mota *et al.*, 2001).

Cícero, argumenta de que o envelhecimento bem sucedido era possível se a pessoa desenvolvesse uma atitude adequada e lidasse efectivamente com as quatro maiores queixas associadas ao envelhecimento, queixas que ainda hoje existem: “*a primeira queixa era que a sociedade excluía os idosos dos trabalhos importantes*” (Busse, 1999: 20). Cícero (citado por Mota *et al.*, 2001) comentava que os idosos corajosos podem encontrar uma forma de tornar-se úteis em várias funções de conselheiros, intelectuais e administrativos.

“A segunda acusação era que o envelhecimento abala a força física e reduz o valor do indivíduo”. Cícero comentava que os declínios físicos são pouco importantes comparando-os com o cultivo da mente e do carácter”.

“A terceira queixa era que o envelhecimento impede ou reduz os prazeres sensuais, particularmente o prazer sexual”, a que Cícero respondia que tal perda tem algum mérito, porque permite que o idoso se concentre na promoção da razão e da virtude. “Por último, a acusação de que a velhice trás consigo crescente ansiedade sobre a morte”. Cícero, imitava Platão dizendo que a morte podia ser considerada uma bênção, libertando os indivíduos e as suas almas imortais das prisões do corpo nesta terra imperfeita. Acrescentava que se a pessoa acredita que a alma é imortal, a morte permanece uma virtude, visto que todas as coisas devem ter limitações sobre a duração da vida. Cícero concluía que o indivíduo sábio é aquele que se submete aos ditames da natureza e ultrapassa as vicissitudes da vida com uma mente tranquila. Adiantava ainda que o prolongamento da vida era particularmente indesejável se, em idade avançada, ele tivesse de voltar a ser “uma criança chorando no berço”.

Podemos deduzir que os valores e crenças estão muitas vezes ligados ao desconhecimento do processo do envelhecimento. A velhice esta geralmente associada ao egoísmo, à impotência sexual e à doença. O desconhecimento e ignorância acerca do envelhecimento causa aos idosos perturbação e sofrimento, uma vez que negam o seu processo de desenvolvimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades. Assim, a presença destes mitos e estereótipos podem impedir de procurar soluções precisas e adequadas para as pessoas idosas.

Os enfermeiros como membros de uma sociedade podem também ser influenciados por alguns destes mitos, muitas vezes erradamente veiculadas pela sociedade, daí a necessidade de os conhecer e reflectir sobre os mesmos, de modo a serem promotores de uma prestação de cuidados mais humana e personalizada e contribuir para a promoção da saúde e dignificação da vida dos idosos da nossa sociedade. Acreditar que se vai modificar alguma coisa no envelhecimento dos indivíduos, sem mudar nada no tipo de sociedade em que eles vivem é ilógico (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001).

### **3. VALORES E CRENÇAS SOBRE A ENFERMAGEM E OS ENFERMEIROS**

#### **3.1. EMERGENTES DA PROFISSÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Segundo Collière (1989), ao longo dos tempos, encontramos quatro grandes modos de identificação de profissões em enfermagem:

a) Identificação da prática de cuidados com a mulher desde os primórdios da humanidade, até à Idade Média. O papel seria a expressão das práticas de cuidados elaborados a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da mulher que ajuda.

b) Identificação da prática de cuidados com a mulher consagrada, desde a Idade Média até ao fim do século XIX. O papel era prescrito pelas regras dos conventos, que guiavam as condutas e os comportamentos da mulher consagrada. Cuida de doentes com exigência de dever cristão e como meio de salvação. É uma imagem de alguém que cuida por amor, sem recompensa e sem exigência de conhecimentos específicos, ao mesmo tempo que resiste às tentações mundanas.

c) Identificação da prática de cuidados com a mulher auxiliar do médico, do princípio do século XIX até aos anos setenta.

d) Ao laicizar-se, e com o desenvolvimento da técnica, o papel até então unificado das mulheres consagradas, reveste-se de dois aspectos: o papel moral e o papel técnico, reunindo-se estes dois papéis na pessoa do enfermeiro para constituir “o papel do enfermeiro”. Quer seja pela formação, pelo reconhecimento jurídico do exercício, os órgãos representativos, a profissão determina-se em torno da pessoa do enfermeiro que, até aos nossos dias, serve de garantia à prática dos cuidados, com a qual se confunde.

Esta perspectiva histórica, acarreta uma imagem da enfermeira (não enfermeiro), com o estatuto de uma vocação, mais que uma profissão, em que os cuidados de enfermagem não exigiam um saber próprio mas apenas caridade, embora na época se reconhecesse que a enfermagem era de primordial importância tanto para o paciente como para o médico responsável pelo tratamento. Com boa enfermagem o paciente restabelecer-se-ia, sem ela teria todas as possibilidades de morrer (Walker, citado por Gomes, 1995).

Só com a evolução de outras ciências e o aparecimento de Florence Nightingale, a enfermagem surge, progressivamente, como uma profissão detentora de um domínio específico de conhecimentos. A partir dos finais do século XIX, alguns factores sociais contribuíram para a profissionalização da enfermagem: desenvolvimento da ciência e tecnologia, desenvolvimento das ciências humanas, guerras mundiais e grandes mudanças sociais. Nesta altura, novos padrões de vida se implantaram, a medicina desenvolve-se mais nas causas, efeitos, tratamentos e prevenção de certas doenças. Os hospitais passam a ser orientados de forma científica e as pessoas tornam-se cada vez mais sensíveis ao sofrimento humano.

No período pós-guerra, a mulher assume cada vez mais papéis importantes dentro e fora da enfermagem, começando a ter influência na sociedade. Criam-se condições para o movimento de emancipação que afectam as mulheres de todos os sectores da sociedade, embora de forma e tempos diferentes, nas diversas sociedades.

A Florence Nightingale é atribuída a enfermagem como profissão, tendo criado dois tipos de enfermeiras: as “bem-educadas”, líderes que supervisionam e ensinam o trabalho às outras; e um grupo de enfermeiras treinadas que executariam a maior parte do trabalho no ambiente hospitalar. Ela acreditava que as enfermeiras deviam: usar o seu tempo cuidando dos pacientes, não limpando; continuar a estudar ao longo das suas vidas e não “estagnarem”; ser inteligentes e utilizar essa competência para melhorar as condições do paciente; ser líderes com reconhecimento social. Embora Nightingale tenha desejado “abrir uma carreira bem paga”, a imagem de “trabalhadora obediente” e respeitável de enfermeira, persistiria na mente da sociedade e de muitos profissionais de enfermagem (Donahue, 1985; Ellis & Hartley, 1995; Toney & Alligood, 1999).

Em Portugal surge a primeira escola de enfermagem em 1981, em Coimbra – Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Nesta altura, os saberes limitavam-se ao saber-fazer. A enfermagem em Portugal emergia da necessidade de dar resposta imediata à organização dos hospitais. Há uma necessidade de formar pessoas para que cuidem dos doentes, em especial, na protecção à maternidade e no que se refere aos conhecimentos médico-cirúrgicos. O ensino continuava a ser da responsabilidade dos médicos e junto às universidades. As exigências da formação são poucas e as “tarefas” de enfermagem são de carácter doméstico, os valores preconizados são a obediência, a vontade, a caridade, compreensão e zelo (Ellis & Hartley, 1995; Gomes 1995).

Em 1920 é aprovado o regulamento de enfermagem pelo Decreto-lei nº 6/943 de 16 de Setembro. Este documento permitiu um certo avanço na profissão, tornando o currículo mais exigente e contemplando um vasto leque de disciplinas relacionadas com o saber técnico e científico. Apesar disso os professores continuavam a ser os médicos e os enfermeiros, os auxiliares de ensino. Os valores mais visíveis eram o bom comportamento, a robustez física, a saúde, as habilitações literárias, a pontualidade, assiduidade, a atenção e o respeito.

Nesta época havia enfermeiros com duas categorias: os enfermeiros e os ajudantes de enfermeiros (apesar de terem a mesma formação de dois anos ou serem antigos empregados de enfermaria, que depois daquela data, sendo candidatos a empregados dos hospitais ficavam como ajudantes).

Em 1918, Sidónio Pais, regulamenta para os Hospitais Civis de Lisboa, o quadro dos Hospitais, sendo obrigatória estar habilitado com o Curso Geral de Enfermagem, com a duração de dois anos. O Curso de Enfermagem pela primeira vez passa a ser de três anos, sendo os dois primeiros anos de curso geral, habilitando para a prática, enquanto o último ano era o complementar, obrigatório para se ser nomeado como enfermeiro chefe.

A partir de 1942, perspectiva-se o aparecimento de cursos de especialização, que têm como objectivo desenvolver habilidades ou aumentar a competência dos enfermeiros. Centrando-se no clínico e na Direcção Clínica, o enfermeiro é visto como o auxiliar do médico, que poderá especializar-se, numa determinada área, para que mais facilmente possa ajudar um médico da especialidade: é o enfermeiro clínico.

Ao mesmo tempo é publicado o diploma que torna a medicina como a única profissão na saúde, sendo consideradas as restantes como auxiliares de medicina (Decreto Lei 32/171 de 1942). Em 1947 com o Decreto. Lei 36/219, de 10 de Abril sai a nova reforma do ensino de enfermagem, que é reorganizado, criando-se escolas oficiais para leccionar o curso de enfermagem geral e o curso de auxiliares de enfermagem. Este último foi extinto em 1975 e os auxiliares de enfermagem são promovidos a enfermeiros após a frequência de um curso de doze meses.

Nesta altura, os aspectos culturais da época favoreciam a feminilidade da profissão, até porque o papel da mulher era atribuído à mãe e à doméstica e como tal, dava resposta às necessidades dos doentes, “como mãe”, e dos médicos, como “ajudante submissa”.

Mas o que condiciona efectivamente a vinda para a profissão de enfermagem, para além dos vencimentos que se irão manter extremamente baixos (sem revisão entre 1949 e 1967) e as péssimas condições de trabalho, será a manutenção da proibição das enfermeiras poderem casar, empurrando-as para outras formas de vivência em comum, que a própria moral do regime condenava. Com tantas limitações, a profissão torna-se pouco ou nada atractiva, só indo para ela, no início da década de 50, quem efectivamente não tinha outra oportunidade de trabalho. A partir de 1965, verifica-se um certo avanço nos serviços de saúde e ao mesmo tempo há uma evolução no ensino de enfermagem, com a reestruturação curricular (Decreto Lei nº 46/448, de 20 de Julho de 1965).

É de referir, no nosso país, só em 1967 surgiu uma verdadeira carreira profissional com a exigência de formação e progressão, com o Decreto-lei nº48/166 de 27 de Dezembro de 1967, reconhecendo o legislador que: “... as condições que se verificam impõem uma rápida actuação nos sectores, quer da saúde pública geral, quer hospitalar, de modo a evitar o agravamento da situação presente e permitir a realização dos programas existentes. Portanto estruturam-se as carreiras de enfermagem hospitalar, de saúde pública e de ensino (...) atendendo-se às maiores habilitações que habitualmente, se exige para o exercício da profissão e aos mais longos e gravosos horários de trabalho, em confronto com os demais serviços públicos (...) Por outro lado, o exercício da profissão é bastante exigente e implica graves responsabilidades e impõe horários de trabalho que vão até às oito horas diárias prestados em muitos casos, aos domingos e feriados e no período da noite”.

Apenas em 1978, a Assembleia da República, através do Decreto-lei nº 61/78 de 14 de Março, considere suficiente e idóneo o ensino que ocorre nas escolas de Enfermagem, de forma que estas estão em condições de serem reconvertidas em escolas superiores. A partir deste período, devido à grande heterogeneidade da formação dentro da própria classe, surge um crescente interesse pela formação contínua e organização de acções de formação de formadores, levando a um grande desempenho dos profissionais de enfermagem na educação permanente.

O Ministério de Saúde, com o apoio de estruturas representativas da classe (sindicatos e organizações profissionais), desenvolveu esforços no sentido da formação contínua para enfermeiros com a publicação da carreira de enfermagem no Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro. Este documento representa um grande avanço qualitativo relativamente às anteriores carreiras sobretudo no que respeita à formação contínua dos enfermeiros,

valorizando a formação em contexto de trabalho, de características formais, não formais e informais, articulada com as práticas, reduzindo as barreiras entre acção e formação, teoria e prática (artigo 64º).

A partir de então, apenas existe um nível de formação de base – a nível do bacharelato – tendo ingressado no mundo do trabalho, os primeiros em Abril de 1993. Esta carreira aplica-se a três áreas de actuação correspondentes à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

Em 1997, com a publicação do Decreto-lei nº115/97 de 19 de Maio, do Ministério da Educação, a formação em Enfermagem passa a licenciatura de base.

Em resumo após esta breve descrição histórica da enfermagem em Portugal, podemos reconhecer que o enfermeiro viveu épocas bem diferentes, cada uma caracterizada por determinados valores culturais e morais, por diferentes formas de agir, de pensar e de sentir, enquadrando um determinado contexto socio-político e cultural.

Registam-se notáveis mudanças (avanços) nas últimas décadas, após grande período de estagnação. Tradicionalmente, os aspectos culturais de enfermagem, como de outras profissões, apontavam para uma actuação passiva que levava a uma certa submissão e obediência; por outro lado, a formação era voltada para a prática tecnicista, instrumentalista e insuficientemente fundamentada como profissão.

Parece-me que, apesar dos diferentes valores, atitudes e comportamentos face à profissão, as práticas de enfermagem não têm evoluído na relação directa com o que pensa a sociedade (Gomes, 1995).

Através da História de Enfermagem podemos identificar a origem da maioria dos estereótipos, que ainda hoje prevalecem na sociedade, levando a uma visão distorcida da realidade da profissão. A história verte uma luz sobre o passado estabelecendo um entendimento sobre o presente. Por meio do seu estudo podemos identificar as possíveis causas da sua permanência no meio social através dos tempos em detrimento à divulgação de toda a evolução tecnológica e científica a qual passou a enfermagem. Os estereótipos hoje relatados, na sua maioria se referem a um passado remoto que foi superado pela cientificidade (Santos e Luchesi, s/d).

Como se verifica, a trajectória da enfermagem trás consigo, diversos estigmas e preconceitos que são reforçados pelo facto de que, além de ser uma profissão de desempenho eminentemente manual, carrega ainda a fragilidade de, em todos os tempos,



ter sido exercida por mulheres, sendo considerada, portanto, como um trabalho socialmente desvalorizado (Costa *et al.*, 1995). Trata-se de uma profissão recente, com grande conotação caritativa e pouco científica e técnica

## **4. IMPACTO DOS VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO**

### **4.1 IDOSOS VISTOS PELOS ENFERMEIROS**

Por norma, devido ao desconhecimento do processo de envelhecimento, os mitos relativos aos idosos são numerosos e negativos. Existe uma conotação negativa e paternalista na maior parte dos sinónimos da palavra “velho” (ancião, antigo, ultrapassado, idoso, primitivo, senil, vulnerável,...). Estes aspectos são limitativos uma vez que ilustram apenas certas dimensões do envelhecimento, contribuindo dessa forma para manter os estereótipos, mitos, crenças e ideias preconcebidas. Os diversos mitos e estereótipos acerca da velhice causam muitas dificuldades aos idosos (Mota *et al.*, 2001).

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), encontram-se nos enfermeiros sete atitudes que estão directamente ligadas ao envelhecimento: realista; negação dos efeitos do envelhecimento; ansiedade relativamente à velhice; distância social relativamente aos idosos; aumento do sentido das responsabilidades face aos idosos; maior responsabilidade social do que individual; presença de estereótipos ou de preconceitos favoráveis. Estas atitudes, positivas ou negativas, vão influenciar os comportamentos e as relações entre os enfermeiros e os idosos. De entre as atitudes positivas, há o respeito, a reciprocidade, a confiança.

O respeito é o acto ou efeito de acatar, ser-se submisso, venerável; ter-se consideração por alguém. Respeitar é acreditar profundamente que o sujeito é único e que, devido a sua unicidade, só ele possui todo o potencial que lhe permite aprender a viver a forma que é mais satisfatória (Lazure, 1994). Segundo Mota *et al.* (2001), o respeito é manifestado pelo profissional de enfermagem, através de comportamentos e atitudes com a pessoa idosa com o intuito de a ajudar. Para respeitar a pessoa idosa é necessário considerá-la com uma

grande diversidade de experiências e acreditar que é capaz de tomar decisões, ajudando-a a descobrir os seus recursos para cuidar de si.

A reciprocidade define-se como a qualidade ou carácter de recíproco, correspondência mútua e mutualidade.

A confiança reporta-se a segurança íntima com que se faz alguma coisa, firmeza de ânimo, crédito e resolução.

Entre as negativas, encontram-se o automorfismo social, ou seja, o não reconhecimento da unicidade do idoso, a não reciprocidade, o despotismo, a gerontofobia, o *ageism* e a infantilização. (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mota *et al.*, 2001). O automorfismo social define-se como o não reconhecimento da unicidade do idoso, a não reciprocidade, a duplicidade e por vezes o despotismo. O *ageism* reporta-se a todas as formas de discriminação com base na idade. A gerontofobia é uma atitude particularmente negativa, concebida como o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice, que acarreta um bloqueio afectivo, que provoca desdenho e resistência face ao fenómeno do envelhecimento. O contexto social emerge como determinante da gerontofobia: *“a forma como uma sociedade antecipa e influencia o comportamento dos seus membros idosos reflecte os sistemas de valores que diferem de cultura para cultura. A cultura ocidental tem em relação aos idosos uma atitude negativa; os jovens desprezam-nos facilmente e estas atitudes estão tão profundamente enraizadas que o indivíduo que envelhece mantém em relação a si próprio esta atitude negativa”* (Clark *et al.*, 1967, citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 66).

Os enfermeiros gerontofóbicos tendem a infantilizar os utentes mais velhos ou comportam-se de forma demasiadamente autoritária: dão-lhes ordens, não lhes pedem a opinião, não confiam e superprotegem-nos. O seu medo de envelhecer manifesta-se por expectativas irrealistas ou atitudes pessimistas. Para ultrapassar a gerontofobia, recomenda-se que os enfermeiros adquiram consciência do seu próprio envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Mota *et al.*, 2001).

A infantilização ou *bebeísmo* é uma outra atitude discriminatória relativamente aos idosos, sobretudo quando estes estão a perder a sua autonomia. Esta atitude, que alguns enfermeiros adoptam manifesta-se geralmente pelo tratamento por *tu*, pela demasiada simplificação das actividades sociais e recreativas e pela organização de programas de actividades que não respondem às necessidades dos utentes. Frases como *“boa noite minha*

*beleza*” ou “*se não vier a esta actividade zango-me*” são exemplos de infantilização. Os enfermeiros devem evitar infantilizar os idosos pois diminuem as suas hipóteses de atingir uma melhor qualidade de vida (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Esta visão global e generalizada, que caracteriza os estereótipos gerontológicos pouco críticos e frequentemente carentes de objectividade, distorce a realidade. A distorção causada pelos estereótipos “cegam” os indivíduos, impedindo-os de se precaverem das diferenças que existem entre os vários membros, não reconhecendo deste modo, qualquer virtude, objectivo ou qualidade.

Nesta perspectiva os estereótipos tornam-se inevitavelmente impeditivos na procura de soluções precisas e de medidas adequadas, tornando-se urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando o cidadão a adoptar medidas e comportamentos adequados face aos idosos (Martins & Rodrigues, s/d).

Na opinião de Berger & Mailloux-Poirier (1995), estas atitudes impedem os profissionais de saúde de reconhecerem as capacidades reais dos idosos, o seu potencial, a sua força de recuperação, o valor do seu juízo crítico bem como a sua própria avaliação de vida. A idade em si não deve ser considerada um factor de degeneração, de perda de faculdades e de capacidades. Infelizmente, segundo Ferreira (1985), muitos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde não estão ainda sensibilizados para a possível reversibilidade de certos sintomas do processo de envelhecimento. Para muitas, uma pessoa idosa é fundamentalmente uma pessoa incapacitada contudo esta generalização não é correcta.

Foi demonstrado que a própria idade dos enfermeiros e outros profissionais de saúde determina a sua atitude para com os doentes idosos. Quanto mais velhos forem aqueles, mais encorajam um comportamento positivo e independente nos seus utentes idosos. Os enfermeiros e profissionais de saúde mais jovens tendem, por outro lado, a inculcar um comportamento dependente e passivo aos utentes idosos.

Dada a imagem negativa sobre a velhice presta-se frequentemente menos informação aos utentes idosos do que aos mais jovens; pois assume-se logo de início que falta ao idoso a compreensão e a capacidade de aprender (Mota *et al.*, 2001).

Os profissionais de enfermagem não podem esquecer, que têm uma profissão com responsabilidades éticas, relacionada com a pessoa humana integrada na sociedade. Daí que, nas novas práticas de enfermagem, se dê cada vez mais importância aos cuidados de

manutenção de vida, tendo em vista uma melhor qualidade de vida. A base da enfermagem gerontológica/geriátrica é ajudar os idosos a viver com a melhor qualidade de vida, permitindo-lhe a plenitude da sua liberdade e autonomia como pessoa (Gomes, 2002; Mota *et al.*, 2001).

## 4.2. ENFERMEIROS VISTOS PELOS IDOSOS

Actualmente a comunicação enfermeiro/idoso tem sido um grande desafio no sentido de estreitar laços de compreensão. Para que isto ocorra da melhor maneira possível é primordial entender as necessidades dos idosos e estabelecer uma relação de confiança. A literatura indica alguns aspectos que podem prejudicar esta interacção, relacionados a estereótipos que os utentes podem vir a possuir em relação à Enfermagem, não entendendo esta na sua complexidade e capacidade, tendo uma visão distorcida da realidade da profissão.

Segundo Gadamer (1997), pré-juízo, num primeiro momento, significa opiniões prévias do sujeito frente a algo. Significa um juízo que se forma antes de uma validação definitiva de todos os momentos determinantes; são as tradições revividas que nos conduzem à compreensão das coisas. Por isso, os pré-juízos de um indivíduo são mais que seus juízo, são a realidade histórica do seu ser, não significando um juízo falso, bem como o seu conceito não pode ser valorado positiva ou negativamente.

A “coisa” a ser interpretada não é estranha ao intérprete, pois ambos fazem parte da história. O intérprete coloca à prova seus próprios pré-juízos, verificando se este permite um diálogo com a própria “coisa”. Ambos pertencem à história, a tradição do “ser do mundo” (Costa *et al.*, 1995).

Através da História da Enfermagem podemos identificar a origem da maioria destes estereótipos. Por meio do seu estudo, como já vimos anteriormente, podemos identificar as possíveis causas da sua permanência no meio social através dos tempos em detrimento à divulgação de toda a evolução tecnológica e científica a qual passou para enfermagem. Os estereótipos hoje relatados, na sua maioria, referem-se a um passado remoto que foi superado pela cientificidade (Santos & Luchesi, s/d). Como se verifica, a trajectória da enfermagem traz consigo, diversos estigmas e preconceitos que são reforçados pelo facto de que, além de ser uma profissão de desempenho eminentemente manual, carrega ainda a

fragilidade de, em todos os tempos, ter sido exercida por mulheres, sendo considerada, portanto, como um trabalho socialmente desvalorizado (Costa *et al.*, 1995).

O uso da imagem da enfermeira como símbolo sexual e da enfermagem como predominantemente feminina e de nível social inferior, tem prejudicado o processo de desmistificação desses falsos conceitos perante a sociedade (Santos e Luchesi, s/d). Padilha (1998), refere que o silêncio conduz a uma marca distintiva da enfermeira no imaginário social, que frequentemente é representada por um gesto simbolizado com o dedo indicador sobre a boca, em cartazes divulgados há décadas pela indústria de equipamentos e materiais hospitalares e, ainda, presentes em muitas das nossas enfermarias. Sendo que o mesmo pode ser discutido de duas formas: o silêncio pela omissão (submissão) e obediência às ordens médicas, como também, aquele que domina pelas acções e não pelas palavras. É o poder silencioso, porém decisivo. Em ambos os casos pode ser colocada a semelhança entre o trabalho desempenhado pelas enfermeiras e pelas irmãs de caridade.

As representações opostas sagradas/profano, relacionadas exclusivamente ao género feminino, persistem no imaginário social, sendo as figuras arquetípicas correspondentes (santa/prostituta) reforçadas pelos média, ali, parece que a baixaza da profissão ocorre junto com a menção ao dinheiro: “ou é uma santa(o) que vem das diaconisas, religiosas, do humanitarismo, não precisa ganhar dinheiro..., não existe cansaço...ou então é uma prostituta, promíscua, que aceita gorjeta, que aparece na televisão de liga preta, de sutiã de taça, oferecendo uma bandeja ao doente...” (Batista e Barreira, 1997).

Muito se debateu sobre os estereótipos que permeiam a profissão, porém encontram-se poucos trabalhos que procuram levar este debate como arma para discussão de estratégias. Entender e identificar a presença ou não destes preconceitos numa população e, em geral, nos idosos, é o primeiro passo para a discussão de estratégias e divulgação da verdadeira profissão, revertendo assim ao profissional, a valorização da sociedade pelo seu trabalho.

Retornando às colocações iniciais sobre a não visibilidade de certas actividades humanas dentro da sociedade contemporânea, percebemos ser a enfermagem, uma actividade com este atributo, ou seja, o da não visibilidade e a enfermeira uma das mais estereotipadas dentre os profissionais da área da saúde. Estereótipos negativos causam problemas para o grupo estereotipado, pois distorcem percepções e as crenças deste grupo, podendo influenciar seus comportamentos, afectando a maneira que os membros de um grupo percebem e valorizam a si mesmo (Santos & Luchesi, s/d).

Assim, os enfermeiros julgam e reagem aos idosos com base nas suas percepções da realidade clínica e nas expectativas que têm dos doentes e simultaneamente os idosos julgam os enfermeiros de acordo com as suas crenças sobre o encontro de cuidados de saúde e a expectativa que têm dos enfermeiros (Pontes, 2002).

A questão da pouca visibilidade leva a um problema de credibilidade: a população não tem confiança no profissional de enfermagem tanto quanto tem no médico. Esta situação é por mim verificada no serviço de urgência, onde a maior parte das pessoas confundem-nos como “médicos”, mesmo vestidos de farda branca. Os utentes/idosos têm a percepção do enfermeiro a administrar injeções, dar os comprimidos, fazer uns “pensos”, não nos vêem como uma profissão autónoma, capazes de realizar outro tipo de manobras (por exemplo: colocação de sondas nasogástricas, sondas vesicais, ensinos...). Muitas vezes somos os primeiros a contactar com o utente, a monitoriza-lo, a questionar o motivo da recorrência ao hospital. Vemos muitas vezes os utentes/idosos a dizer: Sr.<sup>a</sup>. Doutora...Continuam-nos a ver numa base mais humanista, do cuidar (comunicação), do que numa base mais tecnicista, com autonomia das nossas acções, com conhecimento da técnica, não descurando a parte humana das relações. Apesar de termos evoluído técnica e profissionalmente, continuamos a ver a pessoa na sua vertente bio-psico-social, e não num contexto biomédico.

Os nossos idosos, mais do que qualquer outro utente, trazem enraizado a impressão tradicional da enfermagem. Estas meras auxiliares dos médicos, a quem estes mandavam (submissas), sem autonomia, que velavam pelos doentes, e que se fossem “meiguinhas”, lhes deixavam gorjeta. Isto ainda hoje se verifica. Muitos idosos, porque acham que os tratamos com carinho, querem-nos deixar algo, ficando mesmo ofendidos, quando não aceitamos. Isto demonstra o passado da nossa profissão (caridade, serviço não remunerado).

Os idosos de hoje ainda vêem o médico como alguém superior e tudo o que ocorre de mal é da nossa responsabilidade. Muitas vezes estão a espera do “Sr. Doutor”, mas culpabilizam-nos a nós, mesmo sabendo que é deles que estão a espera, e, quando estão com eles, nada dizem. Aquelas antigas imagens ainda hoje afectam a enfermagem, sendo a razão de muita infâmia e descrédito da profissão de enfermagem. Por isso, desfazer tal impressão tradicional, que foi sendo vinculada através dos tempos, tem sido tarefa árdua

para o profissional. Tais concepções impedem que as pessoas em geral actualizem as suas representações sobre a profissão (Santos & Luchesi, s/d).

Por outro lado, também sabemos que, quem é responsável em construir a história somos nós mesmos. Por isso, é imprescindível que os profissionais sejam capazes de identificar e reflectir sobre os pré-juízos e tradições que se perpetuam na enfermagem, no sentido de superá-los (Costa *et al.*, 1995).

### 4.3. RELAÇÃO ENFERMEIRO-IDOSO

Assim, como os outros membros da sociedade, os profissionais de saúde são influenciados por valores e crenças relativos aos idosos. Diniz (s/d), demonstra que a visão negativa da velhice é comum entre os profissionais de saúde. De qualquer forma são poucos os estudos acerca das imagens dos profissionais de saúde acerca dos idosos.

Os profissionais de saúde encaram a velhice de maneira preconceituosa e lidam com os velhos a partir desses preconceitos e do que pensam que seja importante para eles, sem pesquisar quais são as reais necessidades, sem lhes perguntar o que pensam ou desejam (Mota *et al.*, 2001).

A associação da velhice a conceitos como doença, morte, dependência, carência e incapacidade não é só feita exclusivamente pelos profissionais de saúde. Até mesmo os idosos apresentam preconceitos em relação à sua própria condição. A consequência disso é o comprometimento da qualidade do atendimento dado aos idosos nos hospitais.

Este tipo de visão preconceituosa, segundo (Diniz, s/d), acaba por se reflectir nas atitudes dos profissionais, impedindo uma postura construtiva no atendimento aos idosos. Já quando o preconceito contra a velhice vem do próprio paciente em idade avançada, o resultado é o conformismo, que o impossibilita de cobrar atitudes mais atenciosas e estimulantes por parte dos profissionais.

A proximidade da morte na velhice é um dos factores que contribui para este tipo de comportamento. Num dos relatos de um dos profissionais de saúde este diz que: “se tivesse que optar entre atender um idoso ou uma criança, preferiria a criança, que está no começo da vida e tem mais chances de recuperação” (Diniz, s/d). Aqui está bem implícito o modelo biomédico, ainda hoje presente nos actos médicos. Isto verifica-se muitas vezes no serviço de urgência, onde os idosos muitas vezes chegam lá no “seu último suspiro”, e apenas

prolongam-lhe a vida por mais umas horas, colocando tubos, sondas, cateteres..., acabando por morrer sozinhos, num ambiente cheio de máquinas. Fazem tudo em prol da vida, da cura.

A temática das atitudes é importante pois dá conta da relação directa dos comportamentos adoptados pelos enfermeiros para com as pessoas idosas ou vice-versa. Segundo Mota *et al.* (1999), a repercussão destes comportamentos podem aumentar mais a auto-estima da pessoa idosa ou, pelo contrário, reforçar o papel de dependência e de inutilidade que lhe confere a sociedade em geral. A adopção de atitudes negativas por parte dos enfermeiros, não faz mais do que aumentar os problemas cognitivos dos idosos. Por outro lado, as atitudes positivas tal como o respeito, a reciprocidade e o interesse, retardam o processo de deterioração das funções cognitivas e ajudam as pessoas idosas a conservar a sua autonomia.

No entanto, as atitudes nem sempre correspondem aos comportamentos. A enfermeira que tem uma atitude positiva relativamente ao idoso pode ser totalmente incapaz de adoptar um comportamento que reflecta a sua atitude. O seu comportamento pode ser provocado por factores como a reacção do idoso, a necessidade de aprovação por parte dos seus pares ou das hierarquias ou até a falta de conhecimento. Por exemplo, mesmo acreditando que o utente é capaz de se levantar sem ajuda, a enfermeira pode, apesar de tudo, impedi-lo de o fazer, como por exemplo, por causa do regulamento da instituição o proibir de circular sozinho. Uma enfermeira pode também demonstrar uma atitude negativa e adoptar um comportamento cujo impacto é positivo.

Assim, certos idosos tornam-se mais autónomos nas suas actividades quotidianas e aprendem a ajudar-se mais uns aos outros, para superarem as lacunas dos enfermeiros que se afastam ou que reduzem ao mínimo o contacto com eles.

Mesmo sendo difícil avaliar com exactidão a ligação existente entre as atitudes e os comportamentos, é necessário que os enfermeiros avaliem aquilo que sentem relativamente aos idosos e à forma como se comportam. É essencial uma tomada de consciência por parte de todos os profissionais de saúde a fim de assegurar a qualidade de cuidados e de derrubar fronteiras artificiais construídas a partir dos estereótipos e mitos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).



As atitudes das enfermeiras relativamente ao envelhecimento são o reflexo da sociedade em geral. Eis alguns elementos retirados de um estudo de Terri Brower (citado por Berger & Mailloux-Poirier) que parece confirmar esse facto:

- As enfermeiras mais experientes e as que têm um nível de formação mais elevado têm atitudes mais positivas relativamente aos idosos.
- O período em que as enfermeiras são mais negativas relativamente aos idosos, parece ser aquele que se situa entre dois e dez anos de exercício.
- As enfermeiras que passam muito tempo com os idosos (85, há 90% do seu tempo) desenvolvem atitudes menos boas que aquelas que tem contactos menos frequentes (20, há 28% do seu tempo).
- As enfermeiras que trabalham no domicílio ou em saúde comunitária parecem ter atitudes mais positivas relativamente à velhice e aos idosos.

Berger & Mailloux-Poirier referem que há estudos que demonstram também, que existem relações recíprocas entre as atitudes e os comportamentos das enfermeiras e dos beneficiários.

A interacção parece acentuar-se quando os contactos entre os enfermeiros e os idosos são prolongados ou intensivos. Os efeitos deste processo podem ser positivos ou negativos. Assim, os enfermeiros, pela sua atitude podem encorajar ou desencorajar o utente idoso. Da mesma maneira o idoso pode influenciar os enfermeiros a levá-los a responsabilizar-se por ele ou até deixá-lo ser mais autónomo. Estas interacções abrem um novo campo de estudo nas relações enfermeiro/idoso.

Uma vez que as atitudes estão ligadas às crenças, é a este nível que é preciso fazer mudanças. Pode conseguir-se isto de duas maneiras: ou pela observação directa da realidade ou pela obtenção de informações que provenham de fontes secundárias fiáveis. As enfermeiras estão pouco preparadas para trabalhar com idosos cuja multiplicidade de problemas é grande. Na realidade, os cuidados em gerontologia ocupam um lugar muito limitado na maior parte dos programas de enfermagem. As atitudes daqueles que estão a aprender a cuidar de idosos parecem modificar-se completamente quando eles são informados sobre o envelhecimento e saúde, e quando têm oportunidade de viver experiências clínicas com pessoas de terceira idade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Cuidar do idoso é uma missão assumida pelos enfermeiros, mas, como vimos, mitos, estereótipos, atitudes, crenças e valores podem influenciar estes cuidados. Os cuidados de

enfermagem são marcados pelas concepções, as crenças e os valores a que se ligam, tanto os que necessitam de procurar os cuidados como os que os prestam. Eles próprios encontram-se sob o domínio de valores predominantes, veiculados pelo sistema social, valores a que podem aderir sem questionar ou de que se propõem compreender o significado, razão de ser, constrangimentos e limites, a fim de tentar situar o que orienta e é subjacente à acção.

Assim, para que o encontro entre o enfermeiro que cuida e a pessoa que é cuidada resulte nas crenças, desta pessoa, o enfermeiro é a pessoa que a pode ajudar na sua situação particular, sendo necessário que estejam criados laços de confiança. Neste processo intervém, a perícia do enfermeiro que, enquanto acompanha a pessoa, sugere esta ou aquela orientação, ou procura com ela, o caminho que lhe faz sentido, de modo a que mantenha ou readquira a sua autonomia. Nesta acção tem uma função primordial o enfermeiro “prestador de cuidados” (Moniz, 2003).

É hoje importante não só a orientação do enfermeiro, mas que o idoso participe na promoção e protecção da sua saúde como responsável pela sua própria existência. No aprofundamento da conceptualização do processo de comunicação é imprescindível perceber não só as ideias/preconceitos/crenças fundamentadas pelos técnicos de saúde ou as crenças dos doentes, mas considerar também que qualquer interacção ocorre no contexto destas crenças, pelo que o papel do técnico deve ser o de traduzir e ligar o sistema de saúde das pessoas e comunidade.

Se todo o processo de cuidados se insere num sistema de crenças e de valores de que são portadores os parceiros de cuidados, os que os recebem e os que os prestam, importa compreender melhor o fundamento das crenças, a sua natureza, modo de transmissão e de modificação, a fim de tomar consciência da multiplicidade de sistemas de crenças de enfermagem e a sua incidência sobre a prática (Collière, 1989; Pontes, 2002).

Nesta perspectiva, é fundamental que o enfermeiro assimile, cognitiva e emocionalmente teorias do desenvolvimento pessoal, contribuindo assim, para uma mudança de atitudes, de modo a que assuma um papel inovador e relevante na prestação de cuidados à pessoa idosa (Moniz, 2003).

Gustave (1992) salienta que as nossas atitudes são adquiridas pela experiência e as suas formas, essencialmente, compostas por normas e valores da sociedade. Sendo assim, as atitudes são determinadas pelas normas e pelos valores sociais em presença. E a imagem

que o enfermeiro interiorizou da pessoa idosa é idêntica aquela que a sociedade tem, associada a uma cultura profissional fortemente influenciada pelo modelo biomédico.

Os cuidados prestados aos idosos são, de uma maneira geral, muito centrados na vertente técnica, sendo enfatizada a rapidez de execução de técnicas e frequentemente descuidada a relação enfermeiro/idoso, rejeitando a possibilidade de adquirir e usufruir conhecimentos sobre a experiência de vida das pessoas idosas. No entanto, muitos enfermeiros estão conscientes de que a sua acção se situa, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem a saúde, tendo por objectivo a prevenção e eliminação da doença, e por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente (Collière, 1989; Martinho, 2001; Moniz, 2003).

As pessoas idosas que ocupam as unidades de saúde provêm de locais muito heterogéneos, como modo de ser, de estar e de pensar diferentes, o que se traduz num apelo à interacção enfermeiro/idoso.

Verificamos que as pessoas idosas são detentoras de um saber acumulado, fazendo-nos reconhecer o valor da nossa própria vida, repensar e até tomar consciência do valor da nossa saúde e envelhecimento. Para o nosso desenvolvimento pessoal, também, contribui o meio onde estamos inseridos, a interacção com os nossos pais, com a família, com a cultura que nos envolve, com a sociedade, ou seja, aspectos situacionais e aspectos pessoais.

As relações que estabelecemos com a família e com o meio social onde estamos inseridos são factores importantes para o nosso desenvolvimento e conseqüentemente para o desenvolvimento do outro. Os afectos, as sensações de sermos amados, de sermos necessários, de sermos apreciados e úteis desenvolvem em nós sentimentos de auto estima, segurança, vontade de construir, de dar, de estarmos activos, e assim enriquecermo-nos afectiva, psicológica e intelectualmente. Deste modo, serão mais fáceis as relações e entendimentos entre as pessoas.

O desenvolvimento pessoal e profissional que poderemos seguir, fruto de vários factores, decerto vai ter repercussões na forma como estamos com os outros, de como comunicamos com eles, em suma, de como cuidamos de nós e dos outros, particularmente com as pessoas idosas (Moniz, 2003).

Se não se criar um clima de respeito e confiança mútua, se não existir uma intenção de cuidados prestados, se não se tiver acesso as vivências do idoso e não se individualizarem

os cuidados, não se consegue estabelecer relação. Temos que ajudar o utente idoso a reconhecer as suas potencialidades, a sua forma de estar no mundo, mobilizando recursos que lhe permitam lidar com os seus problemas no contexto que lhe é presente.

É a competência relacional dos enfermeiros, aquela que os doentes idosos mais valorizam, sendo a condição fulcral para a qualidade do cuidar de enfermagem que se pretendem individualizados (Martinho, 2001).

Portanto, é imperativo uma mudança na forma de acolher e de cuidar da pessoa idosa, tendo em vista que é um ser com corpo, mente e alma, com capacidades, limitações, poder, direitos e deveres que são inerentes ao estágio em que se encontra. É preciso não esquecermos que os aspectos motivacionais para o estabelecimento desta relação podem ser influenciados pelas organizações de saúde e pelas actividades que os enfermeiros desenvolvem (Moniz, 2003).

A valorização social da juventude, da beleza e do poder económico na sociedade actual, tem colocado para segundo plano tudo o que não se enquadra nesta trilogia selectiva e efémera. Esta situação tem levado a que determinados grupos sociais mais desfavorecidos, como por exemplo, as pessoas idosas, se sintam discriminadas e marginalizadas, por não se enquadrarem nesta trilogia (Moniz, 2003).

Face às actuais condições sociais, culturais, políticas e económicas, as pessoas confrontam-se, muitas vezes, não só com as perdas de “papel” do cônjuge, de parentes, de amigos, dos seus atributos físicos, mas também com o isolamento, a solidão, a desvalorização social, com a diminuição da sua participação na família e na sociedade, levando-as a sentirem-se inúteis. Este sentimento de inutilidade pode constituir um factor ameaçador e gerador de grande ansiedade, que poderá comprometer o seu equilíbrio físico, psíquico e social.

Por outro lado, as organizações de saúde, como subsistemas sociais e os enfermeiros como membros desses subsistemas, também são influenciados pelos valores sociais dominantes, como o prestígio, a técnica, a saúde e a juventude física, os quais não encontram eco, de uma forma geral, nos serviços de saúde cujos utentes são na sua maioria pessoas idosas.

Os cuidados de enfermagem são também influenciados pelo território institucional e por todo o sistema socio-económico e tecnológico, que o próprio meio institucional segrega e gera em simultâneo, bem como no cruzamento dos sistemas de valores e crenças

individuais (Collière, 1989; Costa, 1998; Moniz, 2003). Ainda hoje o papel daqueles que prestam cuidados em gerontologia não está valorizado e parece de segunda categoria (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Apesar dos esforços realizados, as unidades de saúde em que predominam pessoas idosas e os enfermeiros que nela trabalham, são, por vezes, desvalorizados, assim como é desvalorizado quer a velhice, quer a própria imagem social das pessoas idosas.

Em geral, nas unidades de saúde, pouco vocacionados para a prestação de cuidados às pessoas idosas, os cuidados de reparação prevalecem sobre os cuidados de manutenção e de continuidade de vida. O campo de cuidados aos idosos, faz um grande apelo a funções de execução (actos decorrentes de prescrição médica), a funções interdependentes, mas centra-se sobretudo em funções autónomas, susceptíveis de assegurarem o bem-estar do idoso, de lhe oferecer uma certa qualidade de vida (Moniz, 2003).

Na prática os cuidados de enfermagem desenvolvem-se nas enfermarias, com rotinas bem estabelecidas, que fogem por vezes ao controle dos enfermeiros, através da cultura institucional. Grande parte destes profissionais tem consciência disto, no entanto, não basta reflectir nas suas vivências práticas isoladamente, é necessário um empenhamento conjunto (Costa, 1998; Gomes, 1995).

Argyris e Schon (1974) sugerem que a prática diária, quando conotada com a rotina, ajuda os profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades; acrescentam ainda que a (re)educação deve tentar identificar as teorias da prática, e a forma de o fazer não é perguntando, mas observando o comportamento.

Naturalmente que algumas rotinas são importantes na organização do trabalho, mas impõe-se que não se tornem um fim em si mesmas, desumanizando os cuidados e esquecendo a pessoa idosa com a sua história de vida, com a sua cultura, os seus valores, as suas crenças, o seu querer. Este modelo contempla imenso as rotinas que respeitam os cuidados físicos, valoriza-se muito a competência para execução de tarefas mais ou menos sofisticadas, em prejuízo muitas vezes da relação interpessoal e de ajuda personalizada.

Quando se pergunta ao idoso o que o marcou num internamento hospitalar, quantas vezes eles referem: “foram muito simpáticos”, “aliviaram-me o sofrimento”, “pouco atenciosos....” raramente se reportam às diferentes técnicas que lhe foram executadas (Gomes, 1995). Um estudo de Marques (1999), constata que os utentes valorizam mais os atributos de natureza humana do que os de natureza técnica. Sob o ponto de vista humano,

caracterizam os enfermeiros como: simpáticos; prontos no atendimento; carinhosos; pouco disponíveis e atenciosos. Em relação aos atributos de natureza técnica encontramos apenas um atributo: os enfermeiros são eficientes. Um estudo de Silva (1996, citado por Costa, 2000) acerca da percepção dos idosos face aos cuidados de enfermagem, este refere que, das unidades em contexto, são referidas por ordem decrescente, as três mais frequentes em cada categoria.

No que se refere à prestação de cuidados de enfermagem ao idoso: os enfermeiros deveriam ser mais carinhosos e atentos; os enfermeiros não dão explicação sobre os cuidados e os cuidados são razoáveis. A nível do reconhecimento do papel do enfermeiro conclui-o: o enfermeiro tem conhecimento técnico-científico, competente; não transmitem confiança; só alguns são competentes. No que se refere à organização do trabalho de enfermagem, salienta que há falta de enfermeiros; os enfermeiros não sabem o que se passa conosco; os serviços são deficientes. Melo (1998) concluiu que a população idosa dá maior importância aos aspectos relacionais do cuidar, referindo maioritariamente que na melhoria dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem ser mais humanos e carinhosos. Conclui também que apesar de privilegiarem tanto a dimensão técnica como relacional, a que mais privilegiam é a dimensão relacional.

O modelo biomédico preocupa-se com a execução atempada das tarefas “visíveis”, mas que não se observam ou contemplam nos aspectos relacionados com, a relação interpessoal, a qual, tem muita importância no cuidar em enfermagem. Enquanto a cura for o objectivo do trabalho dos enfermeiros, a cronicidade e a morte serão consideradas como insucesso e fonte de insatisfação. Assim, a relação com este tipo de doentes não será motivante. Daí que é importante valorizar na prática dos enfermeiros a relação de ajuda, pois a eficiência não se pode avaliar apenas pelo que é visível.

Os resultados de um estudo de Martinho (2001) revelam que a relação enfermeiro/doente idoso está presente na sua concepção de cuidados, sendo o tipo de relação estabelecida que condiciona a qualidade dos cuidados que se prestam. Quando a relação enfermeiro/doente idoso resulta num verdadeiro encontro, o enfermeiro age intencionalmente, os resultados das suas intervenções são visíveis no doente, que lhe confirma o valor dos seus cuidados, e o enfermeiro exprime sentimentos positivos. Refere ainda que quando a relação enfermeiro/doente idoso resulta num desencontro, o enfermeiro atribui esse insucesso a factores internos e externos, reconhece que as suas intervenções

não são reconhecidas pelo doente como sendo de ajuda, confirma a sua insatisfação, o que origina no enfermeiro sentimentos negativos. Os enfermeiros têm consciência dos factores que determinam situação de desencontro e da sua dificuldade em controlá-los.

Alguns desses factores são a baixa dotação do pessoal de enfermagem nos serviços de idosos. Segundo Costa (1998: 72) *“aos enfermeiros é quase impossível desenvolver gestos autónomos, que ultrapassem as duas dimensões anteriores, mesmo convencidos da sua importância. Para tal, deveriam poder contar com o apoio específico de gestores (...); num meio de trabalho onde falta o tempo, os recursos e, por vezes a motivação. É evidente que muitas intervenções individuais inovadoras ficam no estado de projecto”*. O próprio ambiente social em que vivemos condiciona fortemente a dinâmica de funcionamento e gestão das nossas organizações e dos serviços, demonstrando, muitas vezes, que o doente não é o centro das atenções. Outros factores como a rapidez, o cumprir tarefas em tempo recorde, a elevada taxa de rotatividade de doentes pelas camas, facilmente proporcionam o desenvolvimento de mecanismos de defesa nos enfermeiros, condicionando uma prestação de cuidados contraditórios ao seu ideal de cuidar.

Os enfermeiros têm um papel de primordial importância na prevenção, promoção e manutenção da saúde, a par da prevenção e tratamento das doenças. Enfatiza-se a ajuda dada ao utente idoso, bem como a manutenção ou restauro do funcionamento físico, psicológico e social. Dá-se também importância ao conforto e à dignidade dos utentes na sua vida e no seu percurso para a morte.

O enfermeiro que trabalha com idosos, deve ser polivalente, com grande capacidade de adaptação e dinamismo, e possuidor de qualidades particulares de naturalidade, empatia, amor aos outros, objectividade, suporte, paciência e criatividade. As intervenções em cuidados aos idosos surgem, assim, directamente relacionadas com qualidades de quem cuida, pelo que a influência das crenças e valores é importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros (Costa, 1998; Moniz, 2003).

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995) estes sublinham que o respeito, a reciprocidade e a confiança são atitudes positivas dos enfermeiros face às pessoas idosas, e a infantilização, a não reciprocidade, o automorfismo social, o despotismo, o ageism, a gerontofobia, são atitudes negativas, as quais devem ser tidas em conta pelos efeitos nefastos que podem ter quando se prestam, ou melhor quando se tentam prestar cuidados de enfermagem às pessoas idosas. Segundo Costa (1998) as crenças e valores estão

relacionadas directamente com as atitudes e comportamentos dos enfermeiros, como podem verificar no quadro I.

*Quadro I – Relação crenças/atitudes*

| <b>Crenças, valores</b>   | <b>Atitudes, comportamentos</b>   |
|---|---|
| <b>Influência Negativa</b>                                      |   |
| As pessoas idosas já não aprendem.                              | Pensar que é inútil fazer-lhes ensino para a saúde.   |
| A inteligência diminui com a idade.                             | Falar com os idosos como se eles fossem crianças.   |
| A imagem corporal nos idosos é pouco importante.                | Não valorizar os aspectos estéticos e de vestuário.   |
| Quase todos os idosos acabam os seus dias doentes e internados. | Acentuar os cuidados curativos, não valorizando a prevenção e autonomia.  |
| <b>Influência Positiva</b>                                      |   |
| Os idosos tomam decisões pertinentes.                           | Ajudar a escolher, dando aos idosos informações completas e exactas.  |
| Os idosos têm direito à sua intimidade.                         | Falar com eles sobre os motivos que nos obrigam a violá-la.   |
| Os idosos devem conservar a sua autonomia.                      | Não os substituir e encorajar a sua participação, não obstante o maior tempo de utilização de cuidados de enfermagem. |

Fonte: Costa, 1998.

Os cuidados aos idosos podem ser simultaneamente: preventivos, curativos, paliativos, ligados à cronicidade e à saúde mental. Para Berger e Poirier (1991) “*o trabalho com pessoas idosas, durante muito tempo, foi percebido como fácil e pouco exigente, no plano de actividades e das habilidades; hoje cada vez é reconhecida mais como um domínio especializado e complexo*” (citado por Costa, 1998: 74). Perspectiva-se que os cuidados aos idosos decorrem sobretudo em intervenções autónomas, mas também nas dependentes e interdependentes, segundo a natureza das situações que se apresentem. As funções



autónomas de enfermagem podem, então, ser descritas dentro de um quadro de individualização de cuidados, que faz parte do processo global de cuidados às pessoas idosas. É claro que tais funções se relacionam, também, com as acções interdependentes e com as que decorrem de prescrição médica.

Para a realização das intervenções autónomas, em cuidados aos idosos, os enfermeiros podem basear-se em quadros conceptuais – os modelos de prestação de cuidados, sejam eles adoptados pelos estabelecimentos ou façam parte da representação individual que cada um faz da sua prática.

O papel do enfermeiro em cuidados aos idosos é amplo, inter e multidisciplinar. Implica, por um lado, a intervenção a diferentes níveis e em diferentes campos. Inscreve-se, contudo, num quadro preciso, cuja especificidade está mais relacionada com o local onde os cuidados se prestam, do que com as necessidades dos idosos. Estas constituem conjuntos individuais, variáveis de idoso para idoso, como da situação em que ele se encontra, na qual não é de excluir a doença aguda ou crónica.

Melhorar os cuidados de enfermagem aos idosos exige mudanças que passam pela articulação dos diferentes campos de acção e pela integração dos cuidados de enfermagem nesses mesmos campos. Esses campos são os seguintes: centros de dia; lares; hospitais gerais; serviços de medicina e de cirurgia; residências; serviços ao domicílio; centros de saúde. Neles haverá que intervir, baseando-se no princípio da interdisciplinaridade e visando, essencialmente: valorizar os cuidados ao idoso; privilegiar as acções que tendem a melhorar as capacidades e autonomia da pessoa idosa; favorecer o acesso aos recursos disponíveis.

O posicionamento dos enfermeiros, face a estes problemas, é fundamental, neles se inscrevem e por eles passam as trajectórias de mudança. Como agem? Porque agem nos cuidados aos idosos? Com que implicações pessoais? Que significado têm as suas práticas no processo formativo? (Costa, 1998; Moniz, 2003). É neste sentido que se torna importante reflectir sobre os cuidados aos idosos, desenvolvendo investigação nesta área de modo a que a prática de cuidados às pessoas idosas se possa alicerçar nos conhecimentos derivados da prática.

### **CAPÍTULO 3.**

## **ESTUDO EMPÍRICO: VALORES E CRENÇAS NA RELAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E IDOSOS**

## **1. OBJECTIVOS E METODOLOGIA**

### **1.1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**

Sendo a enfermagem uma profissão consciente dos seus valores, deve colocar questões que mereçam ser pesquisadas (OMS, 1985). Constituindo o próprio homem, nos cuidados de enfermagem, o cerne da pesquisa (Colliére, 1986), a relação enfermeiro/ idoso: valores e crenças, emerge como um tema pertinente.

Os cuidados de enfermagem estão envoltos por concepções, crenças e valores, que existem quer em quem tem necessidade de procurar esses cuidados (por exemplo, os idosos), quer em quem os presta (enfermeiros). Os idosos são aqueles que mais recorrem aos cuidados de enfermagem, sendo os valores e crenças sobre os enfermeiros que determinam as atitudes e comportamentos dos cuidados que lhe são prestados. Por outro lado, devido ao número reduzido de estudos, torna-se importante investigar esta problemática. As implicações deste estudo serão relevantes ao nível da formação em enfermagem, pois permitirão perceber como os valores estão a influenciar o desempenho profissional, melhorando a prestação de cuidados, tanto por quem os presta (enfermeiros), como quem os recebe (idosos).

### **1.2. OBJECTIVOS**

A investigação parte de uma situação problemática, “qualquer questão não resolvida e que é objectivo de discussão, em qualquer domínio do conhecimento” (Gil, 1989: 137). Atendendo a que os valores e crenças são aspectos que influenciam qualquer interacção, também estão presentes entre enfermeiros e idosos. E, a questão não é se os valores dos enfermeiros e idosos se irão confrontar, mas como tal ocorrerá (Aponte, 1985). Este tema é, ainda, mais importante, pois quer idosos, quer enfermeiros entram num processo de cuidados com valores e crenças sobre como a relação deve ser. Depois este conjunto de valores é filtrado de várias formas, pelos indivíduos envolvidos e pela sua interacção.

Assim, o objectivo global deste estudo exploratório é compreender os valores e crenças que enfermeiros e idosos têm em relação à sua interacção e como poderão estar a influenciar essa interacção de forma positiva e/ou negativa.

Mais especificamente, este estudo pretende atingir os seguintes objectivos:

- a) Identificar crenças e valores que os idosos e os enfermeiros têm sobre a sua relação.
- b) Compreender como esses valores podem estar a organizar a interacção em termos positivos/negativos.
- c) Identificar qual será o sistema de crenças e valores que podem estar a organizar a interacção entre idosos e enfermeiros.

Espera-se que os resultados permitam:

- a) Reavaliar crenças e valores para a promoção de melhores cuidados de saúde aos idosos.
- b) Contribuir para que os serviços de saúde, principalmente na enfermagem, prestem cuidados humanizados, centrados na qualidade de vida do idoso, mantendo os objectivos tradicionais de prevenção, promoção e manutenção da saúde.
- c) Contribuir para a formação dos enfermeiros, para poder situar, analiticamente, as suas acções e reacções, tanto no percurso apropriativo de formação, como nas estratégias individuais e colectivas.
- d) Promover a satisfação, por parte dos profissionais de saúde, em relação aos cuidados prestados.
- e) Promover a satisfação dos utentes, principalmente idosos.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. INSTRUMENTO**

A técnica dos incidentes críticos constitui um meio fecundo de conhecimento e de valores, representações e opiniões dos observadores duma dada actividade (Estrela & Estrela, 1958), pois ao permitir recolher dados sobre determinado ângulo, sobre o comportamento mediante os relatos dos incidentes descritos pelos entrevistados, dá-nos elementos sobre a perspectiva daqueles que os narram.

Para Flanagan, autor da técnica dos incidentes críticos, incidente é definido como toda a actividade humana observável, suficientemente completa, para que através dela se possam fazer induções ou previsões sobre o indivíduo que realiza a acção. Para ser crítico, um incidente deve dar-se numa situação tal que o fim ou intenção da acção apareçam suficientemente claros ao observador e que as consequências da acção sejam evidentes (Flanagan, 1954, citado por Estrela & Estrela, 1978). A técnica dos incidentes críticos ocupa-se de incidentes, que podem definir-se como um episódio observável e integral da conduta humana. A palavra “crítica” denota que o incidente deve ter impacto discernível nos resultados ou prognóstico; pode ter tido uma contribuição positiva ou negativa para o ganho de alguma actividade de interesse (Polit, 1985).

Foi durante a II Guerra Mundial que esta técnica foi pela primeira vez utilizada, para a preparação dos pilotos americanos. A sua aplicação é difundida no mundo do trabalho, após a guerra, dando resposta a algumas preocupações da psicologia do trabalho, entre as quais como melhorar as condições de trabalho e aumentar a produtividade (Estrela & Estrela, 1994). Os campos de acção desta técnica são variados, sendo os principais a psicologia de trabalho, a psicoterapia e aconselhamento e a investigação sobre o ensino e a formação (Estrela & Estrela, 1994).

Também tem sido utilizada em diversos estudos de investigação em enfermagem, com diversos objectivos: ajudar à tomada de decisões; esclarecer a conduta dos enfermeiros na prestação de cuidados; tornar mais eficaz a aplicação das técnicas assistenciais; elaborar métodos de ensino que visam a mudança de comportamento dos utentes (Polit, 1985). Clark e Lenburg (1980) utilizaram a técnica dos incidentes críticos para investigar o comportamento baseado em informação cognitivista de um grupo de enfermeiras (citado por Polit, 1991).

A técnica dos incidentes críticos tem inspiração behaviorista, implicando alguns pressupostos: um comportamento é susceptível de ser observado, isolado e classificado; um comportamento possui um certo grau de consistência que o torna inteligível (é função de factores da situação e individuais; o número de respostas possíveis a uma determinada situação é teoricamente limitado).

Destes pressupostos decorrem limitações para a técnica dos incidentes críticos, nomeadamente, ficarão fora do seu alcance todos os processos que não se traduzam em comportamentos observáveis (Estrela & Estrela, 1994). Apesar de algumas limitações, esta

técnica tem dado provas de fiabilidade na descrição dos conteúdos em que tem sido utilizada, tendo-se tornado um instrumento poderoso na investigação descritiva e exploratória, devido ao seu potencial de descoberta (Estrela & Estrela, 1994). Assim, algumas das vantagens da técnica são: flexibilidade e tendência para proporcionar informação útil e compenetrada quanto ao tema em estudo; permite obter dados de forma relativamente eficiente, inclusive com entrevistas pessoais; um indivíduo pode relatar três ou quatro incidentes críticos em relação a uma conduta relevante (Polit, 1985).

Considerando as finalidades deste estudo, optamos por este tipo de metodologia, porque parece a mais adequada, quer às características de um trabalho exploratório, quer à temática em estudo, tendo ainda a vantagem de possibilitar a articulação entre as diversas variáveis.

A natureza do problema de investigação determina o instrumento de recolha de dados a utilizar. Segundo Fortin (1999: 240) *“antes de empreender uma recolha de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer recolher com ajuda de instrumento de medida em particular, é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”*. Segundo o mesmo autor *“na escolha de um instrumento de medida são de considerar determinados factores como sejam os objectivos de estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, assim como a eventual concepção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida”* (Fortin, 1999: 235).

Examinando a técnica dos incidentes críticos, esta permite visualizar as perspectivas pessoais de experiências significativas, podendo ajudar a ver uma diversidade de significados pessoais e dinâmicos e reflectir o contexto interpessoal no qual eles são expressados, revelando alguns dos valores assegurados pelo narrador. Mas, mais relevante, é a propriedade metafórica da técnica de incidentes críticos, evidenciando aspectos menos acessíveis da experiência.

Mais especificamente, a técnica de incidentes críticos é um jogo de procedimentos de recolha e análise de relatos de incidentes que envolvem *“certos factos importantes relativos ao comportamento em uma dada situação”* (Flanagan, 1954: 335). Os incidentes abrangem duas características: uma descrição do interveniente no incidente e os seus

resultados. Um incidente crítico pode ser uma trivialidade, evento quotidiano ou interacção (Tripp, 1993).

## 2.2. RECOLHA DE DADOS

O estudo centra-se na relação entre enfermeiros e idosos, daí que a técnica dos incidentes críticos tenha sido administrada a pessoas destes dois grupos. Contudo, optou-se por recolher, igualmente, incidentes junto de adultos, para poder perceber se os valores e crenças dos idosos em relação aos enfermeiros apresentavam diferenças em relação aos utentes adultos. Desta forma, procura-se captar a especificidade da relação que envolve enfermeiros e idosos.

A recolha de dados realizou-se em duas fases: primeiro aos idosos e adultos e, depois, aos enfermeiros. Esta iniciou-se pelos idosos porque, alguma das informações complementares nos ajudariam a definir a subamostra dos enfermeiros. Assim, foram entrevistados enfermeiros de forma a emparelhar com os indicados pelos idosos nos seguintes aspectos: sexo, idade e local de trabalho.

As entrevistas foram efectuadas por meio de entrevista no caso dos idosos e alguns adultos (atendendo ao nível de literacia) e os restantes por auto-preenchimento. Neste caso, a folha de resposta foi entregue pessoalmente, dando-se uma pequena explicação e conforme o prazo dado pelos inquiridos era depois recolhida pela investigadora.

A recolha dos incidentes críticos era apresentada com a seguinte proposta:

### **Idosos (cf. Anexo I) e adultos (cf Anexo II)**

*“Por favor, relate uma ou mais situações que tenham ocorrido entre si e um enfermeiro e lhe tenham ficado gravadas na memória, indicando se a experiência foi positiva ou negativa.”*

### **Enfermeiros (cf. Anexo III)**

*“Por favor, relate uma ou mais situações que tenham ocorrido entre si e um idoso e lhe tenham ficado gravadas na memória, indicando se a experiência foi positiva ou negativa.”*

Para além disto eram solicitadas outras informações complementares. Nas três subamostras foi pedido para referenciar a sua idade, sexo, grau de escolaridade e profissão actual ou anterior (no caso dos reformados ou pensionistas).

Aos idosos e adultos foi solicitado que dessem algumas referências em relação ao enfermeiro ao qual se referiam no incidente: idade aproximada, sexo e local de trabalho (hospital, lar de idosos, centro de saúde ou clínica privada). Estes dados foram usados para seleccionar os enfermeiros a inquirir no estudo. Aos enfermeiros foi solicitado que indicassem a idade (aproximada) do idoso a que se referiam. Em relação aos idosos foi avaliada a capacidade funcional, através do Índice de Bartel.

Na recolha dos incidentes críticos foram sentidas algumas dificuldades. Junto dos idosos, uma das grandes dificuldades, foi a tendência dos inquiridos para dispersarem o discurso, não descrevendo o incidente que era solicitado. A maioria tendia a falar da sua vida, do seu passado, de experiências com médicos e não na sua relação com os enfermeiros. Alguns idosos também tiveram dificuldade em compreender o que lhes era pedido, sendo necessário dar pequenas *dicas*, como por exemplo: “os enfermeiros cuidaram bem de si?”, de modo a redireccionar o discurso para o tema do estudo. Outros idosos, pelo seu grau de escolaridade, pensavam que o que diziam não tinha valor. O tempo de aplicação com os idosos tornou-se, assim, bastante longo, podendo rondar os 60 minutos.

Nos casos em que a administração se efectuou por auto-preenchimento a maior dificuldade foi a demora na entrega, em especial dos enfermeiros, sendo necessário fazer contactos frequentes no sentido de obter as respostas.

A recolha dos dados decorreu entre Maio e Setembro de 2005. Foi assegurada a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de consulta do estudo, principalmente nas instituições.

### 2.3. AMOSTRA

A amostra neste estudo exploratório compreende três sub-amostras: idosos, adultos e enfermeiros. Os critérios para inclusão nas subamostras foram: idosos – pessoas com idade superior a 74 anos; adultos – pessoas com idade entre os 18 e os 64 anos; enfermeiros – ter



esta profissão e experiência de trabalho com idosos. Para efectuar este estudo utilizámos uma amostra por conveniência.

### **2.3.1. Selecção e recolha da amostra**

Numa primeira fase foi recolhida a amostra de idosos. Tal decorreu no Hospital Infante D. Pedro – S.A., Aveiro, em especial no Serviço de Urgência (Sala de Observações), local onde a mestranda trabalha, e na Consulta Externa, devido a grande fluidez de doentes idosos. Inicialmente começou-se por entrevistar os idosos da Sala de Observações, por ser a área da Urgência mais “calma” para realizar as entrevistas. Dos vários idosos que foram entrevistados, quase todos referiam apenas aspectos positivos na relação com o enfermeiro. Tal situação manteve-se nas entrevistas na Consulta Externa. Nesta fase colocou-se a hipótese de tal ocorrer pelos idosos estarem em contexto hospitalar, doentes e sentirem-se intimidados por referir aspectos negativos. Então, optou-se por ir a um Centro de Dia (Calvão), onde nos apresentamos como alunas da Universidade a realizar um trabalho de investigação. Mesmo nestas circunstâncias manteve-se a larga maioria de incidentes positivos. Neste caso as entrevistas foram realizadas ou no centro de dia ou na residência dos idosos.

Após a recolha dos incidentes críticos junto dos idosos, realizou-se a recolha da subamostra de adultos. Começamos por entrevistar alguns adultos na Urgência, em especial no SO e na Consulta Externa do HIP, alguns através de entrevista e outros por auto-preenchimento. Devido a pouca ocorrência de adultos a estes serviços, grande parte foi feita as pessoas de Calvão e Ponte de Vagos, sendo estas pelo método do auto-preenchimento.

Os enfermeiros foram os últimos a ser recolhidos. Neste caso, tinha-se pedido ao idoso para referirem um conjunto de dados sobre o enfermeiro a que se referiam no incidente que relatavam, designadamente: i) se o incidente ocorreu no contexto hospitalar, lar, Centro de Saúde ou outro; ii) sexo; iii) idade aproximada. Assim, foram entrevistados enfermeiros de forma a emparelhar com os indicados pelos idosos nos aspectos referidos.

### 2.3.2. Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por 90 sujeitos: 30 idosos, 30 adultos e 30 enfermeiros.

#### *Idosos*

Na sub-amostra de idosos a idade varia entre os 74 anos e os 88 anos, 64,9% corresponde ao sexo feminino e 35,1% ao sexo masculino. A idade média dos inquiridos é de 79,1 anos, observando-se a predominância do grupo etário dos 81-85 anos (23,3%) (quadro I).

**Quadro I – Distribuição dos idosos por grupo etário**

| Grupos etários | Idosos (n=30) |      |
|----------------|---------------|------|
|                | N             | %    |
| 74-75 anos     | 5             | 16,7 |
| 76-80 anos     | 15            | 50   |
| 81-85 anos     | 7             | 23,3 |
| 86-88 anos     | 3             | 10   |
| Total          | 30            | 100  |

Para conhecer os níveis de (in)dependência funcional dos idosos administrou-se o índice de Barthel, tendo-se verificado que 18 sujeitos (60%) têm um índice  $\geq 90$ , ou seja, a maior parte dos idosos são independentes (quadro II).

**Quadro II – Distribuição dos idosos pelo Índice de Barthel**

| Índice de Bartel | Idosos (n=30) |      |
|------------------|---------------|------|
|                  | N             | %    |
| 30-50            | 4             | 13,3 |
| 51-70            | 4             | 13,3 |
| 71-89            | 4             | 13,3 |
| $\geq 90$        | 18            | 60   |
| Total            | 30            | 100  |

Em relação ao grau de escolaridade dos idosos o maior número é analfabeto (50%). Só 6,7% dos inquiridos têm até 6 anos de escolaridade (quadro III).

**Quadro III – Distribuição dos idosos por habilitações académicas**

| Habilitações académicas    | Idosos (n=30) |      |
|----------------------------|---------------|------|
|                            | N             | %    |
| Analfabeto                 | 15            | 50   |
| Até 4 anos de escolaridade | 13            | 43,3 |
| Até 6 anos de escolaridade | 2             | 6,7  |
| Total                      | 30            | 100  |

#### *Adultos*

Na subamostra de adultos as idades variam entre os 19 e 64 anos, sendo no grupo dos 19-30 anos que se encontra o maior número de sujeitos (36,7%). Em relação ao sexo, 73,3% são do sexo feminino e 26,7% do masculino (quadro IV).

**Quadro IV – Distribuição dos adultos por faixa etária**

| Grupos etários | Adultos (n=30) |      |
|----------------|----------------|------|
|                | N              | %    |
| 19-30          | 11             | 36,7 |
| 31-40          | 7              | 23,3 |
| 41-50          | 3              | 10   |
| 51-60          | 4              | 13,3 |
| 61-64          | 5              | 16,7 |
| Total          | 30             | 100  |

Ao cruzarmos o grupo etário com o sexo, podemos verificar que 45,4% do sexo feminino se encontra no grupo etário dos 19-30 anos. Apenas 9,1% do sexo feminino se encontram na faixa etária dos 41-50 e 51-60 anos. Em relação ao sexo masculino, 37,5% dos inquiridos encontra-se no grupo etário dos 31-40 anos e outros 3 inquiridos entre os 51 e os 60 anos. No grupo etário dos 60-64 anos não existem inquiridos do sexo masculino (quadro V).

**Quadro V – Distribuição dos adultos por idade e sexo**

| Grupo etário | Sexo     |      |           |      |
|--------------|----------|------|-----------|------|
|              | Feminino |      | Masculino |      |
|              | N        | %    | N         | %    |
| 19-30        | 10       | 45,4 | 1         | 12,5 |
| 31-40        | 4        | 18,2 | 3         | 37,5 |
| 41-50        | 2        | 9,1  | 1         | 12,5 |
| 51-60        | 2        | 9,1  | 3         | 37,5 |
| 61-64        | 4        | 18,2 | 0         | 0    |
| Total        | 22       | 100  | 8         | 100  |

Entre os adultos 36,7% têm até 4 anos de escolaridade e 33,3 % apresenta o ensino superior. Apenas 3,3% dos inquiridos são analfabetos (quadro VI).

**Quadro VI – Distribuição dos adultos por habilitações académicas**

| Habilitações académicas    | Adultos (n=30) |      |
|----------------------------|----------------|------|
|                            | N              | %    |
| Analfabeto                 | 1              | 3,3  |
| Até 4 anos de escolaridade | 11             | 36,7 |
| Até 6 anos de escolaridade | 1              | 3,3  |
| Até 9 anos de escolaridade | 4              | 13,3 |
| Ensino secundário          | 3              | 10   |
| Ensino superior            | 10             | 33,3 |
| Total                      | 30             | 100  |

### *Enfermeiros*

Relativamente aos enfermeiros, as idades oscilam entre os 22 e os 54 anos. No entanto, é no grupo etário dos 22-30 anos que se verifica o maior valor percentual (43,3%). Apenas um inquirido se encontra na faixa etária dos 50-54 anos (quadro VII). Em relação ao sexo verifica-se que 70% são do sexo feminino e 30% do masculino.

**Quadro VII – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária**

| Grupos etários | Enfermeiros (n=30) |      |
|----------------|--------------------|------|
|                | N                  | %    |
| 22-30          | 13                 | 43,3 |
| 31-40          | 11                 | 36,7 |
| 41-50          | 5                  | 16,7 |
| 51-54          | 1                  | 3,3  |
| Total          | 30                 | 100  |

Ao cruzarmos o sexo com o grupo etário dos enfermeiros, verifica-se que 38,1% dos inquiridos se encontra tanto na faixa etária dos 22-30 anos e a mesma percentagem no grupo dos 31-40 anos. No sexo masculino o maior número percentual verifica-se no grupo etário dos 22-30 anos (55,6%). Nenhum inquirido do sexo masculino se encontra na faixa etária dos 51-54 anos (quadro VIII).

**Quadro VIII – Distribuição dos enfermeiros por idade e sexo**

| Grupo etário | Sexo     |      |           |      |
|--------------|----------|------|-----------|------|
|              | Feminino |      | Masculino |      |
|              | N        | %    | N         | %    |
| 22-30        | 8        | 38,1 | 5         | 55,6 |
| 31-40        | 8        | 38,1 | 3         | 33,3 |
| 41-50        | 4        | 19   | 1         | 11,1 |
| 51-54        | 1        | 4,8  | 0         | 0    |
| Total        | 21       | 100  | 9         | 100  |

Tal como já foi referido esta idade foi-nos relatado pelos idosos, aquando referiram a idade dos enfermeiros com a qual tinha ocorrido a situação. Outro dos termos de comparação foi em relação ao local de trabalho, onde 80% trabalha no hospital; 13,33% no centro de saúde e 6,67% em clínica privada (quadro IX). Em relação à escolaridade, todos os enfermeiros, naturalmente, têm o ensino superior.

**Quadro IX – Distribuição dos enfermeiros segundo o local de trabalho**

| Local de trabalho | Enfermeiros (n=30) |      |
|-------------------|--------------------|------|
|                   | N                  | %    |
| Hospital          | 24                 | 80   |
| Centro de Saúde   | 4                  | 13,3 |
| Clínica privada   | 2                  | 6,7  |
| Total             | 30                 | 100  |

No global verifica-se o predomínio em todas as sub-amostras do sexo feminino, sendo a subamostra dos idosos aquela que tem habilitações académicas mais baixas. Tanto na subamostra dos adultos, como dos enfermeiros o maior número percentual de inquiridos situa-se no grupo etário dos 19/22-30 e 31-40 anos.

## 2.4. ANÁLISE DOS DADOS

Como principal metodologia de tratamento dos dados utilizamos a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1997), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Segundo Amado (1995: 33-34), *“a análise de conteúdo consiste numa técnica de pesquisa documental aplicável a várias metodologias de investigação empírica e cujo objectivos são, em primeiro lugar, o de “arrumar” as comunicações por categorias de significação a fim de descrever objectiva, sistemática e quantitativamente o “conteúdo manifesto” dessas comunicações. Incide, pois sobre as denotações (o primeiro sentido de discurso) e não sobre as conotações (reflexos dos pontos de vista subjectivos de quem falou ou escreveu)”*.

Conscientes da riqueza dos discursos, bem como da variedade do material, começámos por ordena-los e organiza-los de forma a podermos trabalhar e analisar os dados.

O processo de análise dos dados compreendeu duas fases: a definição das categorias e a classificação das respostas nessas categorias.

A criação das categorias realizou-se através de um processo interactivo de sucessivo refinamento, envolvendo dois juizes independentes. Cada um deles leu todas as respostas e

desenvolveu uma lista de categorias; em seguida os dois juízes compararam e discutiram as categorias, até chegarem a um acordo (quadros X, XI e XII).

### **Quadro X – Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos idosos**

#### **1.(In)competência na prestação técnica de cuidados**

Os inquiridos entendem por esta categoria: colocação de sondas e outros, administração terapêutica, auxílio nas necessidades humanas básicas, puncionar, actos técnicos.

1.1. **Competência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados sem dor, com rapidez e acarretando bem-estar.

*“Ajudaram-me nas minhas necessidades humanas básicas, como por exemplo, ir a casa de banho, na alimentação”* (idosa, 79 anos).

1.2. **Incompetência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados causando dor, com lentidão e acarretando mal-estar.

*“A enfermeira ao administrar a medicação comecei a queixar-me dizendo para parar, porque me estava a magoar, continuou a administrar até eu ficar com a mão inchada (infiltração)”* (idosa, 76 anos).

#### **2. (In)competência na relação de ajuda**

Por esta categoria os inquiridos entendem: ser carinhoso (amável, compreensivo e brincalhão); ou, então, ser indiferente ou verbalmente agressivo; fazer juízos de valores; e, não atender a fé do idoso.

2.1. **Competência na relação de ajuda:** os enfermeiros demonstram ser atenciosos e/ou carinhosos.

*“Eram muito meigos e gosto muito deles porque são amáveis e falam comigo”* (idosa, 79 anos).

*“ Quando estive doente, houve uma enfermeira que esteve sempre ao meu lado, depois de ter sido operada (...) era amável e compreensiva”* (idoso, 79anos).

2.2. **Incompetência na relação de ajuda:** os enfermeiros são agressivos e pouco carinhosos.

*“ Quando vou ao Centro de Saúde avaliar a glicemia, a enfermeira começa a ralar comigo, dizendo que eu não faço o que ela diz (dieta), mas, eu até faço dieta”* (idoso, 75 anos).

#### **3. (In)disponibilidade**

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre (in)disponibilidade, que vão além das funções do enfermeiros: proximidade, conversar, fazer ensinamentos e explicar todos os procedimentos.

3.1. **Disponibilidade**

*“Quando o enfermeiro ia fazer o domicílio (administrar a injeção) era muito atencioso e conversava muito comigo”* (idoso, 78 anos).

3.2. **Indisponibilidade**

*“ (...) estava com hipertensão e fui para avaliar a tensão no Centro de Saúde, mas, como tinha uma injeção para ser administrada à tarde, a enfermeira começou a resmungar, dizendo que só a avaliava a tarde”* (idosa, 75 anos).

## Quadro XI - Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos adultos

### 1. (In)competência na prestação técnica de cuidados

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre: colocação de cateteres; sondas; administração terapêutica; e realização de procedimentos técnicos.

1.1. **Competência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados sem dor, com rapidez e acarretando bem-estar.

*“Quando estive internada, administravam-me injeções na barriga, davam-me comprimidos, e elevaram-me os membros inferiores”* (adulta, 63 anos).

1.2. **Incompetência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados causando dor, com lentidão e acarretando mal-estar.

*“ (...) uma enfermeira ao puncionar-me para colocar-me um soro fez-me um enorme hematoma na mão”* (adulta, 52 anos).

### 2. (In)competência na relação de ajuda

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre: ser carinhoso ou, então, ser indiferente ou verbalmente agressivo; (in)compreensão; simpatia/antipatia; arrogância.

#### 2.1. Competência na relação de ajuda

*“São umas enfermeiras muito atentas, simpáticas e muito atentas”* (adulta, 30 anos).

#### 2.2. Incompetência na relação de ajuda

*“ (...) a enfermeira colocava o gelo de qualquer maneira. Da primeira vez disse-lhe para espalhar o gelo na luva, mas continuou a colocar o gelo na luva de qualquer maneira”* (adulto, 32 anos).

### 3. (In)disponibilidade

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre (in)disponibilidade, que vão além das funções do enfermeiros: proximidade, desleixo, demora, (in)flexibilidade nos horários de visitas, conversar, fazer ensinamentos e explicar todos os procedimentos.

#### 3.1. Disponibilidade

*“ (...) deixaram lá estar a minha família a fazer-me companhia. No dia seguinte, não me deixaram faltar nada. Perguntavam se precisava de alguma coisa (...)”* (adulta, 26 anos).

#### 3.2. Indisponibilidade

*“ (...) a enfermeira estava a falar com uma auxiliar e perguntou o que queria. Referi que precisava de mais gelo. Virou costas e continuou a falar por mais uns 20 minutos. Após esse tempo trouxe-me o gelo, dando-me de má vontade”* (adulto, 32 anos).

### 4. Injustiça

Esta categoria refere-se a: ralhar sem razão; acusar, sem razão, o utente de não estar a aderir aos tratamentos; ser simpático, quando se está com outras pessoas, e agressivo quando se está com o doente.

*“ (...) eu estava com muitas dores e comecei a chorar. Ela respondeu-me se para “fazê-lo” também tinha chorado”* (adulta, 36 anos).



## Quadro XII – Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos enfermeiros

### 1. Relação que o utente mantém com o enfermeiro

Inclui relatos sobre a forma, mais ou menos carinhosa e/ou agressiva, como os idosos se relacionam com os enfermeiros.

1.1. **Carinhosa:** inclui os relatos sobre situações em que o idoso é carinhoso.

“ (...) tentei acalmá-lo e todos os momentos que tinha disponíveis sentava-me junto dele e pegava-lhe na sua mão. Na manhã seguinte agradeceu-me por ter estado junto dele” (enfermeira, 34 anos).

1.2. **Agressiva:** incidentes em que o utente é arrogante, culpa os enfermeiros pelo atraso das consultas, é teimoso, impaciente, desconfiado e/ou “chama nomes” aos enfermeiros.

“ (...) apesar de usar de todos os recursos de relação de ajuda, o utente na sua arrogância entendeu que os meus esforços tinham sido inadequados, recusando a ser tratado” (enfermeiro, 23 anos).

1.3. **Não segue as indicações do enfermeiro:** o utente não segue as indicações dadas pelo enfermeiro, podendo, até, mentir acerca do assunto.

“ (...) há uns meses para cá andava sempre com valores muito elevados. Eu perguntava acerca da alimentação e ela respondia que comia bastante verdura (...). Nesse dia apareci de surpresa e qual não foi o meu espanto quando vejo “petinga frita” e um bolo em cima da mesa. Pela restante mercadoria, dava para perceber que tudo o que eu lhe ensinei ou disse, não valia de nada” (enfermeira, 45 anos).

### 2. Características da personalidade dos idosos

Inclui os relatos referentes a características (des)agradáveis da personalidade ou forma de ser do idoso.

2.1. **Simpática:** o idoso é simpático, tem força interior, gosta de conversar sem ser chato, colabora e é amigo dos outros doentes.

“ (...) durante todo este tempo a doente esteve sempre bem disposta, com um sorriso e uma palavra positiva, sempre respeitando o nosso trabalho (...)” (enfermeira, 32 anos).

2.2. **Inconveniente e/ou aborrecido:** o idoso é inconveniente, chato, aborrecido e/ou inoportuno.

“ (...) doente agressiva, sem afecto e conflituosa” (enfermeira, 42 anos).

### 3. Familiares do idoso não se interessam

Esta categoria indica que a família, de alguma forma, rejeita ou é negligente com o idoso.

“ (...) durante 2 ou 3 dias ninguém telefonou à procura de notícias, e pior, no dia em que se telefonou à família a comunicar a alta a resposta foi: “hoje não, amanhã talvez.” (enfermeira, 22 anos).

### 4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso

Esta categoria faz menção à relação que o enfermeiro tem com o idoso, sentindo-se prestável.

“ (...) uma doente do serviço agradeceu-me depois de ter sofrido uma paragem cardio-respiratória. A doente disse-me: a sua cara é das poucas que me lembro antes de ficar tudo escuro. Fico-lhe muito agradecida pelo que fez por mim” (enfermeira, 25 anos).

5. **Outros:** inclui categorias que só emergiram uma vez: independência funcional; condições de vida precárias; crenças religiosas que impedem a prestação de cuidados.

Na segunda fase outros dois juízes classificaram as respostas, sendo que cada resposta devia ser classificada na categoria mais importante a que fazia referência. A estes juízes foi entregue a lista das categorias, acompanhada da definição (cf. Anexo IV), dos critérios de inclusão e de exemplos. Após cada juiz ter classificado independentemente as respostas, os dois juízes juntaram-se para discutir os (des)acordos.

O grau de concordância foi o seguinte: idosos – 62,2%; enfermeiros – 88,9%; adultos – 90,9%. De acordo com Miles e Huberman (1984) estes graus de concordância são elevados, apenas em relação aos idosos é moderado. Finalmente, foram discutidas as situações em que não havia acordo, que levou à concordância em todos os casos.

## **CAPÍTULO 4.**

### **APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS**

## 1. IDOSOS

Os 30 idosos entrevistados relataram 37 incidentes. No quadro XIII, referente aos valores dos idosos em relação aos enfermeiros, verifica-se que 62,2% dos incidentes citados são positivos e 37,8% destes são negativos.

No que se refere aos aspectos positivos o maior número percentual refere-se à subcategoria “competência na relação de ajuda” (60,9%), seguido de “disponibilidade” (30,4%). O menor número percentual é na subcategoria “competência na relação técnica de cuidados” (8,7%). Em relação às subcategorias negativas a mais referida é “incompetência na relação de ajuda” (50%), seguida de “incompetência na prestação técnica de cuidados” (28,6%) e, por fim, “indisponibilidade” (21,4%).

Verifica-se que, tanto na vertente positiva, como na negativa, a categoria mais referida pelos idosos é “(in)competência na relação de ajuda”. A categoria “(in)competência na prestação técnica de cuidados” é salientada pela negativa, mas não pela positiva. A categoria “(in)disponibilidade” assume relevância moderada nas dimensões positiva e negativa.

**Quadro XIII – Valores dos idosos em relação aos enfermeiros**

| Categoria  | Positivo |          | Negativo |          |
|--|----------|----------|----------|----------|
|  | N        | %        | N        | %        |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |          |          |          |          |
| 1.1. Competência   | 2        | 8,<br>7  |          |          |
| 1.2. Incompetência   |          |          | 4        | 28<br>,6 |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |          |          |          |          |
| 2.1. Competência   | 14       | 60<br>,9 |          |          |
| 2.2. Incompetência   |          |          | 7        | 50       |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |          |          |          |          |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 7        | 30<br>,4 |          |          |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |          |          | 3        | 21       |

|              |           |           |           |           |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|              |           |           |           | ,4        |
| <b>Total</b> | <b>23</b> | <b>10</b> | <b>14</b> | <b>10</b> |
|              |           | <b>0</b>  |           | <b>0</b>  |

Vejamos agora como se distribuem as categorias quando se considera o sexo dos idosos (quadro XIV).

Os inquiridos do sexo masculino relatam 13 incidentes, 7 positivos (53,8%) e 6 negativos (46,2%). Os do sexo feminino relatam 24 incidentes, 15 positivos (62,5%) e 9 negativos (37,5%). Ou seja, o contributo para a superioridade dos incidentes positivos provém mais das mulheres, do que dos homens.

As subcategorias mais realçadas pela positiva são idênticas para ambos os sexos: “competência na relação de ajuda” e “disponibilidade”. A subcategoria “competência na prestação técnica de cuidados” assume maior relevo entre os homens, do que entre as mulheres.

Ao nível das subcategorias negativas há divergência entre os sexos: os homens realçam em primeiro lugar a “incompetência na prestação técnica de cuidados”, seguida da “incompetência na relação de ajuda”; as mulheres destacam em primeiro lugar a “incompetência na relação de ajuda”, seguida da “indisponibilidade”.

**Quadro XIV– Valores dos idosos de acordo com o sexo**

| Categoria  | Sexo do idoso    |      |          |      |                 |      |          |      |
|--|------------------|------|----------|------|-----------------|------|----------|------|
|  | Masculino (n=10) |      |          |      | Feminino (n=20) |      |          |      |
|  | Positivo         |      | Negativo |      | Positivo        |      | Negativo |      |
|  | N                | %    | N        | %    | N               | %    | N        | %    |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                  |      |          |      |                 |      |          |      |
| 1.1. Competência   | 1                | 14,2 |          |      | 1               | 6,7  |          |      |
| 1.2. Incompetência   |                  |      | 3        | 50   |                 |      | 1        | 11,1 |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                  |      |          |      |                 |      |          |      |
| 2.1. Competência   | 4                | 57,1 |          |      | 10              | 66,7 |          |      |
| 2.2. Incompetência   |                  |      | 2        | 33,3 |                 |      | 6        | 66,7 |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                  |      |          |      |                 |      |          |      |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 2                | 28,6 |          |      | 4               | 26,7 |          |      |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                  |      | 1        | 16,7 |                 |      | 2        | 22,2 |
| <b>Total</b>   | 7                | 100  | 6        | 100  | 15              | 100  | 9        | 100  |

Passamos agora a analisar a distribuição por categorias considerando o grupo etário (quadro XV).

Em relação à distribuição por incidentes positivos e negativos observa-se que: no grupo etário dos 70-75 anos são relatados 7 incidentes, 2 positivos (28,6%) e 5 negativos (71,4%); o grupo dos 75 aos 80 anos relata 20 incidentes, 11 positivos (55%) e 9 negativos (45%); o grupo dos 80 aos 85 anos relata 6 incidentes, todos positivos; o grupo entre os 85 e os 88 anos relata 4 incidentes, 3 positivos (75%) e 1 negativo (25%). Apenas no grupo etário dos 75 aos 80 anos predominam os incidentes negativos, em todos os outros grupos sobressaem os positivos.

Pela positiva a subcategoria mais referida por todos os grupos etários é “competência na relação de ajuda”. Pela negativa também há convergência na subcategoria mais mencionada (“incompetência na relação de ajuda”), apesar de esta surgir no grupo etário dos 70 aos 75 anos em igualdade com a subcategoria “incompetência na prestação técnica de cuidados” e no grupo etário dos 80-85 anos não haver nenhum incidente negativo.

**Quadro XV – Valores dos idosos de acordo com o grupo etário**

| Categorias  | Grupos etários (idosos) |     |          |     |                   |      |          |      |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
|---|-------------------------|-----|----------|-----|-------------------|------|----------|------|------------------|------|----------|---|------------------|------|----------|-----|
|   | 74-75 anos (n=5)        |     |          |     | 76-80 anos (n=15) |      |          |      | 81-85 anos (n=7) |      |          |   | 86-88 anos (n=3) |      |          |     |
|   | Positivo                |     | Negativo |     | Positivo          |      | Negativo |      | Positivo         |      | Negativo |   | Positivo         |      | Negativo |     |
|   | N                       | %   | N        | %   | N                 | %    | N        | %    | N                | %    | N        | % | N                | %    | N        | %   |
| <b>1.(In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                         |     |          |     |                   |      |          |      |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
| 1.1.Competência   |                         |     |          |     | 1                 | 9,1  |          |      | 1                | 16,7 |          |   |                  |      |          |     |
| 1.2.Incompetência   |                         |     | 2        | 40  |                   |      | 2        | 22,2 |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
| <b>2.(In)competência na relação de ajuda</b>              |                         |     |          |     |                   |      |          |      |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
| 2.1.Competência   | 2                       | 100 |          |     | 7                 | 63,6 |          |      | 3                | 50   |          |   | 2                | 66,7 |          |     |
| 2.2.Incompetência   |                         |     | 2        | 40  |                   |      | 5        | 55,6 |                  |      |          |   |                  |      | 1        | 100 |
| <b>3.(In)disponibilidade</b>                              |                         |     |          |     |                   |      |          |      |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
| 3.1.Disponibilidade                                       |                         |     |          |     | 3                 | 27,3 |          |      | 2                | 33,3 |          |   | 1                | 33,3 |          |     |
| 3.2.Indisponibilidade                                     |                         |     | 1        | 20  |                   |      | 2        | 22,2 |                  |      |          |   |                  |      |          |     |
| <b>Total</b>  | 2                       | 100 | 5        | 100 | 11                | 100  | 9        | 100  | 6                | 100  | 0        |   | 3                | 100  | 1        | 100 |

Vejam agora as variações considerando as habilitações acadêmicas (quadro XVI).

Em relação aos incidentes positivos versus negativos os dados indicam que: os analfabetos relatam 19 incidentes, 12 positivos (63,2%) e 7 negativos (36,8%); os inquiridos que têm até 4 anos de escolaridade relatam 15 incidentes, 9 positivos (60%) e 6 negativos (40%); aqueles que têm até 6 anos de escolaridade relatam 3 incidentes, 1 positivo (33,3%) e 2 negativos (66,7%). Ou seja, os relatos positivos tendem a predominar, à exceção do grupo com mais habilitações, no qual apenas são relatados 3 incidentes.

Pela positiva as subcategorias que se destacam são: nos analfabetos, a “competência da relação de ajuda”; naqueles que têm até 4 anos de escolaridade, a “competência da relação de ajuda” e a “disponibilidade”; entre os que têm até 6 anos de escolaridade, destaca-se a “disponibilidade”, contudo apenas é relatado 1 incidente.

Pela negativa as subcategorias que emergem são: nos analfabetos, a “incompetência da relação de ajuda” e a “indisponibilidade”; nos que possuem até 4 anos de escolaridade, a “incompetência na prestação técnica de cuidados” e a “incompetência da relação de ajuda”; nos que têm até 6 anos de escolaridade, a “incompetência da relação de ajuda”.



**Quadro XVI – Valores dos idosos segundo as habilitações académicas**

| Categorias   | Habilitações académicas (idosos) |      |          |      |                                   |      |          |     |                                  |     |          |     |
|--|----------------------------------|------|----------|------|-----------------------------------|------|----------|-----|----------------------------------|-----|----------|-----|
|  | Analfabetos (n=15)               |      |          |      | Até 4 anos de escolaridade (n=13) |      |          |     | Até 6 anos de escolaridade (n=2) |     |          |     |
|  | Positivo                         |      | Negativo |      | Positivo                          |      | Negativo |     | Positivo                         |     | Negativo |     |
|  | N                                | %    | N        | %    | N                                 | %    | N        | %   | N                                | %   | N        | %   |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                                  |      |          |      |                                   |      |          |     |                                  |     |          |     |
| 1.1. Competência   | 1                                | 8,3  |          |      | 1                                 | 11,1 |          |     |                                  |     |          |     |
| 1.2. Incompetência   |                                  |      | 1        | 14,3 |                                   |      | 3        | 50  |                                  |     |          |     |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                                  |      |          |      |                                   |      |          |     |                                  |     |          |     |
| 2.1. Competência   | 9                                | 75   |          |      | 5                                 | 55,6 |          |     |                                  |     |          |     |
| 2.2. Incompetência   |                                  |      | 3        | 42,9 |                                   |      | 3        | 50  |                                  |     | 2        | 100 |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                                  |      |          |      |                                   |      |          |     |                                  |     |          |     |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 2                                | 16,7 |          |      | 3                                 | 33,3 |          |     | 1                                | 100 |          |     |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                                  |      | 3        | 42,9 |                                   |      |          |     |                                  |     |          |     |
| <b>Total</b>   | 12                               | 100  | 7        | 100  | 9                                 | 100  | 6        | 100 | 1                                | 100 | 2        | 100 |

De seguida iremos analisar a distribuição por categorias considerando o índice de Barthel, ou seja, os valores relativos à dependência funcional do idoso (quadro XVII).

Em relação à distribuição por incidentes positivos e negativos observa-se que: os idosos mais dependentes (30 a 40 pontos) relatam 4 incidentes, 2 positivos (50%) e 2 negativos (50%); os idosos com dependência severa (51-70) relatam 6 incidentes, 2 positivos (33,3%) e 4 negativos (66,6%); aqueles com dependência moderada (71-90) relatam 4 incidentes, todos positivos; os idosos independentes (> 90) relatam 23 incidentes, 14 positivos (60,9%) e 9 negativos (39,1%). Apenas entre os idosos com dependência severa (51-70) predominam os incidentes negativos. Entre os idosos menos dependentes sobressaem os incidentes positivos.

Pela positiva a subcategoria mais referida por todos os inquiridos é “competência na relação de ajuda”, apesar desta surgir no índice dos 30-50 em igualdade com a subcategoria “incompetência na prestação técnica de cuidados” e no índice dos 71-90 não haver nenhum incidente negativo.

**Quadro XVII – Categorias referidas pelos idosos de acordo com a sua pontuação no Índice de Barthel**

| Categorias  | Índice de Bartel (idosos) |     |          |     |             |     |          |     |             |     |          |   |            |      |          |      |
|---|---------------------------|-----|----------|-----|-------------|-----|----------|-----|-------------|-----|----------|---|------------|------|----------|------|
|   | 30-50 (n=4)               |     |          |     | 51-70 (n=6) |     |          |     | 71-90 (n=4) |     |          |   | >90 (n=23) |      |          |      |
|   | Positivo                  |     | Negativo |     | Positivo    |     | Negativo |     | Positivo    |     | Negativo |   | Positivo   |      | Negativo |      |
|   | N                         | %   | N        | %   | N           | %   | N        | %   | N           | %   | N        | % | N          | %    | N        | %    |
| <b>1.(In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                           |     |          |     |             |     |          |     |             |     |          |   |            |      |          |      |
| 1.1.Competência   |                           |     |          |     |             |     |          |     |             |     |          |   | 2          | 14,3 |          |      |
| 1.2.Incompetência   |                           |     | 1        | 50  |             |     | 1        | 25  |             |     |          |   |            |      | 2        | 22,2 |
| <b>2.(In)competência na relação de ajuda</b>              |                           |     |          |     |             |     |          |     |             |     |          |   |            |      |          |      |
| 2.1.Competência   | 1                         | 50  |          |     | 1           | 50  |          |     | 4           | 100 |          |   | 8          | 57,1 |          |      |
| 2.2.Incompetência   |                           |     | 1        | 50  |             |     | 2        | 50  |             |     |          |   |            |      | 5        | 55,6 |
| <b>3.(In)disponibilidade</b>                              |                           |     |          |     |             |     |          |     |             |     |          |   |            |      |          |      |
| 3.1.Disponibilidade                                       | 1                         | 50  |          |     | 1           | 50  |          |     |             |     |          |   | 4          | 28,6 |          |      |
| 3.2.Indisponibilidade                                     |                           |     |          |     |             |     | 1        | 25  |             |     |          |   |            |      | 2        | 22,2 |
| <b>Total</b>  | 2                         | 100 | 2        | 100 | 2           | 100 | 4        | 100 | 4           | 100 | 0        |   | 14         | 100  | 9        | 100  |

Vejamos agora as variações considerando a idade que os idosos referiram acerca dos enfermeiros (saliente-se que esta idade é inferida pelos idosos) (quadro XVIII).

Em relação ao grupo etário dos 22-30 anos os idosos relatam 23 incidentes, 12 positivos (52,2%) e 11 negativos (47,8%); no grupo etário dos 31-40 anos relatam 9 incidentes, 6 positivos (66,7%) e 3 negativos (33,3%); no grupo etário dos 41-50 anos relatam 2 incidentes positivos; dos 51-54 anos mencionam 3 incidentes, 2 positivos (66,7%) e 1 negativo (33,3%). Os incidentes positivos predominam em relação aos enfermeiros de qualquer grupo etário; apenas em relação aos enfermeiros mais novos existe uma maior aproximação entre o número de incidentes positivos e negativos.

Pela positiva a subcategoria que mais se evidencia, para todos os grupos etários, é “competência na relação de ajuda”, à exceção do grupo etário dos 31-40 anos em que se destaca a “disponibilidade”. Pela negativa a subcategoria mais realçada é a “incompetência na relação de ajuda”, à exceção do grupo etário dos 51-54 anos para o qual se salienta a “indisponibilidade”. O grupo etário dos 41-50 anos só relatam 2 incidentes na subcategoria “competência na relação de ajuda”, não havendo incidentes negativos.

**Quadro XVIII – Categorias referidas pelos idosos considerando a idade dos enfermeiros**

| Categorias  | Idade dos enfermeiros (idosos) |      |          |      |             |      |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
|---|--------------------------------|------|----------|------|-------------|------|----------|------|-------------|-----|----------|---|-------------|-----|----------|-----|
|   | 22-30 (n=23)                   |      |          |      | 31-40 (n=9) |      |          |      | 41-50 (n=2) |     |          |   | 51-54 (n=3) |     |          |     |
|   | Positivo                       |      | Negativo |      | Positivo    |      | Negativo |      | Positivo    |     | Negativo |   | Positivo    |     | Negativo |     |
|   | N                              | %    | N        | %    | N           | %    | N        | %    | N           | %   | N        | % | N           | %   | N        | %   |
| <b>1.(In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                                |      |          |      |             |      |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
| 1.1.Competência   | 1                              | 8,3  |          |      | 1           | 16,7 |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
| 1.2.Incompetência   |                                |      | 3        | 27,3 |             |      | 1        | 33,3 |             |     |          |   |             |     |          |     |
| <b>2.(In)competência na relação de ajuda</b>              |                                |      |          |      |             |      |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
| 2.1.Competência   | 8                              | 66,7 |          |      | 2           | 33,3 |          |      | 2           | 100 |          |   | 2           | 100 |          |     |
| 2.2.Incompetência   |                                |      | 7        | 63,6 |             |      | 1        | 33,3 |             |     |          |   |             |     |          |     |
| <b>3.(In)disponibilidade</b>                              |                                |      |          |      |             |      |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
| 3.1.Disponibilidade                                       | 3                              | 25   |          |      | 3           | 50   |          |      |             |     |          |   |             |     |          |     |
| 3.2.Indisponibilidade                                     |                                |      | 1        | 9,1  |             |      | 1        | 33,3 |             |     |          |   |             |     | 1        | 100 |
| <b>Total</b>  | 12                             | 100  | 11       | 100  | 6           | 100  | 3        | 0    | 2           | 100 | 0        |   | 2           | 100 | 1        | 100 |

## 2. ADULTOS

No que se refere aos valores dos adultos em relação aos enfermeiros, os dados indicam que 57,6% dos incidentes citados são positivos e 42,4% são negativos (quadro XIX).

Pela positiva a subcategoria mais referida é a “competência na relação de ajuda” (52,7%), seguida da “competência na prestação técnica de cuidados” (31,6%) e, por último, a “disponibilidade” (15,8%).

Pela negativa a subcategoria que se salienta é a “injustiça” (42,9%), seguida de “indisponibilidade” (28,6%) e de “incompetência na prestação técnica de cuidados” (21,4%). A subcategoria “incompetência na relação de ajuda” apresenta uma percentagem residual (7,1%).

Neste caso, as subcategorias positivas e negativas são simétricas nos casos de: “(in)competência na prestação técnica de cuidados” e “(in)disponibilidade”. Contudo, no caso da “(in)competência na relação de ajuda” a competência (positiva) é salientada, mas a incompetência (vertente negativa) não é relevada.

**Quadro XIX – Valores dos adultos em relação aos enfermeiros**

| Categoria  | Positivo |      | Negativo |      |
|--|----------|------|----------|------|
|  | N        | %    | N        | %    |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |          |      |          |      |
| 1.1. Competência   | 6        | 31,6 |          |      |
| 1.2. Incompetência   |          |      | 3        | 21,4 |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |          |      |          |      |
| 2.1. Competência   | 10       | 52,7 |          |      |
| 2.2. Incompetência   |          |      | 1        | 7,1  |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |          |      |          |      |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 3        | 15,8 |          |      |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |          |      | 4        | 28,6 |

|                     |           |           |           |           |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>4. Injustiça</b> |           |           | 6         | 42,9      |
| <b>Total</b>        | <b>19</b> | <b>10</b> | <b>14</b> | <b>10</b> |
|                     |           | <b>0</b>  |           | <b>0</b>  |

Analisemos agora, como se distribuem as categorias quando se considera o sexo dos inquiridos adultos (quadro XX).

Os inquiridos do sexo masculino relatam 8 incidentes, 6 positivos (75%) e 2 negativos (25%). Os inquiridos do sexo feminino relatam 25 incidentes, 13 positivos (52%) e 12 negativos (48%). Ou seja, os homens relatam tendencialmente mais incidentes positivos e menos negativos, do que as mulheres.

No sexo masculino, pela positiva, a subcategoria mais realçada é “competência na prestação técnica de cuidados”; pela negativa, 1 incidente na ocorre na subcategoria “incompetência na prestação técnica de cuidados “ e o outro incidente na “indisponibilidade”. No sexo feminino a subcategoria mais referida pela positiva é “competência na relação de ajuda”; pela negativa a subcategoria “injustiça” emerge em 50% dos casos.

**Quadro XX – Valores dos adultos segundo o sexo**

| Categoria  | Sexo do adulto  |      |          |    |                 |      |          |      |
|--|-----------------|------|----------|----|-----------------|------|----------|------|
|  | Masculino (n=8) |      |          |    | Feminino (n=25) |      |          |      |
|  | Positivo        |      | Negativo |    | Positivo        |      | Negativo |      |
|  | N               | %    | N        | %  | N               | %    | N        | %    |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                 |      |          |    |                 |      |          |      |
| 1.1. Competência   | 4               | 66,7 |          |    | 2               | 15,4 |          |      |
| 1.2. Incompetência   |                 |      | 1        | 50 |                 |      | 2        | 16,7 |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                 |      |          |    |                 |      |          |      |
| 2.1. Competência   | 2               | 33,3 |          |    | 8               | 61,5 |          |      |
| 2.2. Incompetência   |                 |      |          |    |                 |      | 1        | 8,3  |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                 |      |          |    |                 |      |          |      |
| 3.1. Disponibilidade                                       |                 |      |          |    | 3               | 23,1 |          |      |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                 |      | 1        | 50 |                 |      | 3        | 25   |
| <b>4. Injustiça</b>  |                 |      |          |    |                 |      | 6        | 50   |

|              |   |     |   |     |    |     |    |     |
|--------------|---|-----|---|-----|----|-----|----|-----|
| <b>Total</b> | 6 | 100 | 2 | 100 | 13 | 100 | 12 | 100 |
|--------------|---|-----|---|-----|----|-----|----|-----|

Passamos agora a analisar a distribuição das categorias, considerando o grupo etário dos adultos inquiridos (quadro XXI).

No que se refere à distribuição por incidentes positivos e negativos, observa-se que: no grupo etário dos 19-30 anos são relatados 13 incidentes, 8 positivos (61,5%) e 5 negativos (38,5%); o grupo dos 31-40 anos relata 7 incidentes, 2 positivos (28,6%) e 5 negativos (71,4%); o grupo dos 41-50 anos relata 3 incidentes, todos positivos; o grupo entre os 51-60 anos relata 5 incidentes, 4 positivos (80%) e 1 negativo (20%); o grupo etário dos 61-64 anos relata 5 incidentes, 2 positivos (40%) e 3 negativos (60%). Os incidentes positivos predominam em três grupos etários (19-30 anos, 41-50 anos e 51-60 anos), enquanto os negativos prevalecem em dois grupos (31-40 anos e 61-64 anos).

Pela positiva a subcategoria mais referida por todos os grupos etários é “competência na relação de ajuda”, à exceção do grupo etário dos 51-60 anos que menciona a “competência na prestação técnica de cuidados”. Pela negativa a subcategoria mais referida é a “injustiça”, sendo no grupo dos 19-30 anos que a “incompetência na prestação técnica de cuidados” se salienta.



**Quadro XXI – Distribuição dos valores dos adultos segundo a idade**

| Categorias   | Grupos etários (adultos) |      |          |     |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
|--|--------------------------|------|----------|-----|------------------|-----|----------|-----|------------------|------|----------|---|------------------|-----|----------|-----|------------------|-----|----------|------|
|  | 19-30 anos (n=13)        |      |          |     | 31-40 anos (n=7) |     |          |     | 41-50 anos (n=3) |      |          |   | 51-60 anos (n=5) |     |          |     | 61-64 anos (n=5) |     |          |      |
|  | Positivo                 |      | Negativo |     | Positivo         |     | Negativo |     | Positivo         |      | Negativo |   | Positivo         |     | Negativo |     | Positivo         |     | Negativo |      |
|  | N                        | %    | N        | %   | N                | %   | N        | %   | N                | %    | N        | % | N                | %   | N        | %   | N                | %   | N        | %    |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                          |      |          |     |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
| 1.1. Competência   | 1                        | 12,5 |          |     | 1                | 50  |          |     |                  |      |          |   | 3                | 75  |          |     | 1                | 50  |          |      |
| 1.2. Incompetência   |                          |      | 2        | 40  |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     | 1        | 100 |                  |     |          |      |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                          |      |          |     |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
| 2.1. Competência   | 5                        | 62,5 |          |     | 1                | 50  |          |     | 2                | 66,7 |          |   | 1                | 25  |          |     | 1                | 50  |          |      |
| 2.2. Incompetência   |                          |      | 1        | 20  |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                          |      |          |     |                  |     |          |     |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 2                        | 25   |          |     |                  |     |          |     | 1                | 33,3 |          |   |                  |     |          |     |                  |     |          |      |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                          |      | 1        | 20  |                  |     | 2        | 40  |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     | 1        | 33,3 |
| <b>4. Injustiça</b>  |                          |      | 1        | 20  |                  |     | 3        | 60  |                  |      |          |   |                  |     |          |     |                  |     | 2        | 66,7 |
| <b>Total</b>   | 8                        | 100  | 5        | 100 | 2                | 100 | 5        | 100 | 3                | 100  | 0        |   | 4                | 100 | 1        | 100 | 2                | 100 | 3        | 100  |

Analisam-se, agora, as variações considerando as habilitações acadêmicas dos adultos inquiridos (quadro XXII).

Em relação aos incidentes positivos *versus* negativos, os dados indicam que: os analfabetos apenas relatam 1 incidente positivo; os inquiridos que têm até 4 anos de escolaridade mencionam 13 incidentes, 7 positivos (53,8%) e 6 negativos (46,2%); aqueles que têm até 6 anos de escolaridade relatam 1 incidente positivo; os que têm até 9 anos de escolaridade relatam 5 incidentes, 3 positivos (60%) e 2 negativos (40%); os inquiridos com o ensino secundário mencionam 2 incidentes, 1 positivo (50%) e 1 negativo (50%); aqueles com o ensino superior relatam 11 incidentes, 6 positivos (54,5%) e 5 negativos (45,5%). Os incidentes positivos prevalecem em relação aos negativos para os sujeitos com as diversas habilitações acadêmicas, apenas entre os que têm o ensino secundário existe igualdade.

Pela positiva a subcategoria mais mencionada é “competência na relação de ajuda”, seguida de “competência na prestação técnica de cuidados”. Pela negativa a subcategoria mais referida em todos os grupos acadêmicos é “incompetência na prestação técnica de cuidados”, à exceção do grupo até 4 anos de escolaridade que menciona a “injustiça”.

Podemos, ainda, verificar que o maior número de incidentes negativos se verifica na subcategoria “injustiça”. Tanto nos analfabetos, como no grupo acadêmico até 4 anos de escolaridade, não há incidentes negativos.

**Quadro XXII – Valores dos adultos segundo as habilitações académicas**

| Categorias   | Habilitações académicas (adultos) |     |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     |                        |      |          |     |
|--|-----------------------------------|-----|----------|---|-----------------------------------|------|----------|------|----------------------------------|-----|----------|---|----------------------------------|------|----------|-----|-------------------------|-----|----------|-----|------------------------|------|----------|-----|
|  | Analfabetos (n=1)                 |     |          |   | Até 4 anos de escolaridade (n=13) |      |          |      | Até 6 anos de escolaridade (n=1) |     |          |   | Até 9 anos de escolaridade (n=5) |      |          |     | Ensino secundário (n=2) |     |          |     | Ensino superior (n=11) |      |          |     |
|  | Positivo                          |     | Negativo |   | Positivo                          |      | Negativo |      | Positivo                         |     | Negativo |   | Positivo                         |      | Negativo |     | Positivo                |     | Negativo |     | Positivo               |      | Negativo |     |
|  | N                                 | %   | N        | % | N                                 | %    | N        | %    | N                                | %   | N        | % | N                                | %    | N        | %   | N                       | %   | N        | %   | N                      | %    | N        | %   |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                                   |     |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     |                        |      |          |     |
| 1.1. Competência   |                                   |     |          |   | 4                                 | 57,1 |          |      |                                  |     |          |   | 1                                | 33,3 |          |     |                         |     |          |     | 1                      | 16,7 |          |     |
| 1.2. Incompetência   |                                   |     |          |   |                                   |      | 1        | 16,7 |                                  |     |          |   |                                  |      | 1        | 50  |                         |     |          |     |                        |      | 1        | 20  |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                                   |     |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     |                        |      |          |     |
| 2.1. Competência   |                                   |     |          |   | 3                                 | 42,9 |          |      | 1                                | 100 |          |   | 2                                | 66,7 |          |     | 1                       | 100 |          |     | 3                      | 50   |          |     |
| 2.2. Incompetência   |                                   |     |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     |                        |      | 1        | 20  |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                                   |     |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     |                        |      |          |     |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 1                                 | 100 |          |   |                                   |      |          |      |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     |          |     | 2                      | 33,3 |          |     |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                                   |     |          |   |                                   |      | 1        | 16,7 |                                  |     |          |   |                                  |      | 1        | 50  |                         |     |          |     |                        |      | 2        | 40  |
| <b>4. Injustiça</b>  |                                   |     |          |   |                                   |      | 4        | 66,7 |                                  |     |          |   |                                  |      |          |     |                         |     | 1        | 100 |                        |      | 1        | 20  |
| <b>Total</b>   | 1                                 | 100 | 0        |   | 7                                 | 100  | 6        | 100  | 1                                | 100 | 0        |   | 3                                | 100  | 2        | 100 | 1                       | 100 | 1        | 100 | 6                      | 100  | 5        | 100 |

Da análise do quadro XXIII, relativo à distribuição das categorias quando se considera a idade que os adultos referiram sobre os enfermeiros, podemos verificar que: para o grupo etário nos 22-30 anos relatam 18 incidentes, 15 positivos (83,3%) e 3 negativos (16,7%); para os enfermeiros entre os 31-40 anos relatam 11 incidentes, 3 positivos (27,2%) e 8 negativos (72,8%); para o grupo etário dos 41-50 anos, relatam 4 incidentes, 1 positivo (25%) e 3 negativos (75%). Apenas no grupo etário dos 22-30 anos predominam os incidentes positivos, nos restantes grupos sobressaem os negativos.

Pela positiva a subcategoria que é mencionada em todos os grupos etários é a “competência na prestação técnica de cuidados”. Contudo, no global, a mais referida é a subcategoria “competência na relação de ajuda”, com 8 inquiridos (53,3%) no grupo etário dos 22-30 anos. Pela negativa a subcategoria mais evidenciada em todos os grupos etários é “injustiça”, seguida de “indisponibilidade”.

**Quadro XXIII – Valores dos adultos segundo a idade dos enfermeiros**

| Categorias   | Idade dos enfermeiros |      |          |      |              |      |          |      |             |     |          |      |
|--|-----------------------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|-------------|-----|----------|------|
|  | 22-30 (n=18)          |      |          |      | 31-40 (n=11) |      |          |      | 41-50 (n=4) |     |          |      |
|  | Positivo              |      | Negativo |      | Positivo     |      | Negativo |      | Positivo    |     | Negativo |      |
|  | N                     | %    | N        | %    | N            | %    | N        | %    | N           | %   | N        | %    |
| <b>1. (In)competência na prestação técnica de cuidados</b> |                       |      |          |      |              |      |          |      |             |     |          |      |
| 1.1. Competência   | 4                     | 26,7 |          |      | 1            | 33,3 |          |      | 1           | 100 |          |      |
| 1.2. Incompetência   |                       |      | 1        | 33,3 |              |      | 2        | 25   |             |     |          |      |
| <b>2. (In)competência na relação de ajuda</b>              |                       |      |          |      |              |      |          |      |             |     |          |      |
| 2.1. Competência   | 8                     | 53,3 |          |      | 2            | 66,7 |          |      |             |     |          |      |
| 2.2. Incompetência   |                       |      |          |      |              |      | 1        | 12,5 |             |     |          |      |
| <b>3. (In)disponibilidade</b>                              |                       |      |          |      |              |      |          |      |             |     |          |      |
| 3.1. Disponibilidade                                       | 3                     | 20   |          |      |              |      |          |      |             |     |          |      |
| 3.2. Indisponibilidade                                     |                       |      | 1        | 33,3 |              |      | 1        | 12,5 |             |     | 2        | 66,7 |
| <b>4. Injustiça</b>  |                       |      | 1        | 33,3 |              |      | 4        | 50   |             |     | 1        | 33,3 |
| <b>Total</b>   | 15                    | 100  | 3        | 100  | 3            | 100  | 8        | 100  | 1           | 100 | 3        | 100  |

### 3. ENFERMEIROS

Sobre os valores dos enfermeiros em relação aos idosos verifica-se que 52,8% dos incidentes citados são positivos e 47,2% negativos (quadro XXIV).

A categoria que emerge como mais referida pela positiva é “enfermeiro sente que ajudou o idoso” (47,4%), seguida da “simpatia” do idoso (21%).

Em termos negativos, a subcategoria mais referida é o idoso ser “inconveniente e/ou aborrecido” (41,2%), seguida de “os familiares dos idosos não se interessam” (29,4%).

Da leitura do quadro, verificamos que na categoria positiva a mais relevante refere-se ao Enfermeiro sentir que ajudou o idoso com 47,4% (quase metade dos inquiridos).

Os incidentes positivos e negativos tendem a não ser simétricos. Apenas na categoria “características da personalidade do idoso” há alguma simetria.

**Quadro XXIV – Valores dos enfermeiros em relação aos idosos**

| Categoria   | Positivo  |            | Negativo  |            |
|---|-----------|------------|-----------|------------|
|   | N         | %          | N         | %          |
| <b>1. Relação do idoso com o enfermeiro</b>         |           |            |           |            |
| 1.1. Carinhoso                                      | 3         | 15,8       |           |            |
| 1.2. Agressivo                                      |           |            | 3         | 17,6       |
| 1.3. Não cumpre as instruções                       |           |            | 2         | 11,8       |
| <b>2. Características da personalidade do idoso</b> |           |            |           |            |
| 2.1. Simpático                                      | 4         | 21         |           |            |
| 2.2. Inconveniente e/ou aborrecido                  |           |            | 7         | 41,2       |
| <b>3. Familiares do idoso não se interessam</b>     |           |            | 5         | 29,4       |
| <b>4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso</b>       | 9         | 47,4       |           |            |
| <b>5. Outros*</b>                                   | 3         | 15,8       |           |            |
| <b>Total</b>  | <b>19</b> | <b>100</b> | <b>17</b> | <b>100</b> |

\* Em outros inclui-se: independência funcional (1 caso); condições de vida precárias (1 caso); crenças religiosas que impedem a prestação de cuidados (1 caso).

Passamos agora à distribuição das categorias quando se considera o sexo dos enfermeiros (quadro XXV). Os inquiridos do sexo masculino relatam 12 incidentes, 9 positivos (75%) e 3 negativos (25%). Os do sexo feminino relatam 24 incidentes 10 positivos (41,7%) e 14 negativos (58,3%). Desta forma, as enfermeiras têm tendência a relatar mais incidentes negativos, do que os colegas do sexo masculino.

O sexo masculino relata pela positiva a subcategoria “o enfermeiro sente que ajudou o idoso” com 5 inquiridos (83,3%), segue-se a subcategoria “simpático” com 1 inquirido (16,7%). No que se refere ao sexo feminino pela positiva a subcategoria mais referida é “inconveniente e/ou aborrecido” com 6 inquiridos (42,8%), seguida de os “familiares do idoso não se interessam”, com 5 inquiridos (35,7%). A subcategoria mais realçada em ambos os sexos, pela positiva, é “enfermeiro sente que ajudou o idoso”.

**Quadro XXV – Valores dos enfermeiros segundo o sexo**

| Categoria   | Sexo do enfermeiro |            |          |            |                 |            |           |            |
|---|--------------------|------------|----------|------------|-----------------|------------|-----------|------------|
|   | Masculino (n=12)   |            |          |            | Feminino (n=24) |            |           |            |
|   | Positivo           |            | Negativo |            | Positivo        |            | Negativo  |            |
|   | N                  | %          | N        | %          | N               | %          | N         | %          |
| <b>1. Relação do idoso com o enfermeiro</b>         |                    |            |          |            |                 |            |           |            |
| 1.1. Carinhoso                                      |                    |            |          |            | 3               | 30         |           |            |
| 1.2. Agressivo                                      |                    |            | 2        | 33,3       |                 |            | 1         | 7,1        |
| 1.3. Não cumpre as instruções                       |                    |            |          |            |                 |            | 2         | 14,3       |
| <b>2. Características da personalidade do idoso</b> |                    |            |          |            |                 |            |           |            |
| 2.1. Simpático                                      | 1                  | 16,7       |          |            | 3               | 30         |           |            |
| 2.2. Inconveniente e/ou aborrecido                  |                    |            | 1        | 16,7       |                 |            | 6         | 42,9       |
| <b>3. Familiares do idoso não se interessam</b>     |                    |            |          |            |                 |            | 5         | 35,7       |
| <b>4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso</b>       | 5                  | 83,3       |          |            | 4               | 40         |           |            |
| <b>5. Outros</b>                                    | 3                  | 50         |          |            |                 |            |           |            |
| <b>Total</b>  | <b>9</b>           | <b>100</b> | <b>3</b> | <b>100</b> | <b>10</b>       | <b>100</b> | <b>14</b> | <b>100</b> |

Vejamos agora a análise da distribuição por categorias considerando o grupo etário dos enfermeiros (quadro XXVI).

Em relação a distribuição por incidentes positivos e negativos observa-se que: no grupo etário dos 22-30 anos, são relatados 16 incidentes, 10 positivos (62,5%) e 6 negativos (37,5%); no grupo dos 31-40 anos foram relatados 12 incidentes, 7 positivos (58,3%) e 5 negativos (41,7%); o grupo etário dos 41-50 anos relatou 6 incidentes, 1 positivo (16,7%) e 5 negativos (83,3%); o grupo etário dos 51-54 anos mencionou 2 incidentes, 1 positivo (50%) e 1 negativo (50%). A superioridade dos incidentes positivos ocorre nos grupos de enfermeiros mais novos (22-30 anos e 31-40 anos), no grupo etário dos 41-50 anos prevalecem os incidentes negativos, enquanto entre os enfermeiros com mais idade (51-54 anos) existe paridade de incidentes negativos e positivos.

Pela positiva nos 3 primeiros grupos etários a subcategoria mais mencionada é “simpático”, enquanto pela negativa emerge a subcategoria “familiares do idoso não se interessam”. Pela negativa outra subcategoria mencionada com frequência em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 51-54 anos, é “inconveniente e/ou aborrecido”. No grupo etário dos 51-54 anos as subcategorias mencionadas foram: pela positiva, 1 inquirido “carinhoso” e, pela negativa, 1 inquirido “familiares do idoso não se interessam”



**Quadro XXVI – Valores dos enfermeiros segundo o grupo etário**

| Categoria   | Idade dos enfermeiros |            |          |            |              |            |          |            |             |            |          |            |             |            |          |            |
|---|-----------------------|------------|----------|------------|--------------|------------|----------|------------|-------------|------------|----------|------------|-------------|------------|----------|------------|
|   | 22-30 (n=16)          |            |          |            | 31-40 (n=12) |            |          |            | 41-50 (n=6) |            |          |            | 51-54 (n=2) |            |          |            |
|   | Positivo              |            | Negativo |            | Positivo     |            | Negativo |            | Positivo    |            | Negativo |            | Positivo    |            | Negativo |            |
|   | N                     | %          | N        | %          | N            | %          | N        | %          | N           | %          | N        | %          | N           | %          | N        | %          |
| <b>1. Relação do idoso com o enfermeiro</b>         |                       |            |          |            |              |            |          |            |             |            |          |            |             |            |          |            |
| 1.1. Carinhoso                                      | 2                     | 20         |          |            |              |            |          |            |             |            |          |            | 1           | 100        |          |            |
| 1.2. Agressivo                                      |                       |            | 2        | 33,3       |              |            | 1        | 20         |             |            |          |            |             |            |          |            |
| 1.3. Não cumpre as instruções                       |                       |            |          |            |              |            | 1        | 20         |             |            | 1        | 20         |             |            |          |            |
| <b>2. Características da personalidade do idoso</b> |                       |            |          |            |              |            |          |            |             |            |          |            |             |            |          |            |
| 2.1. Simpático                                      | 1                     | 10         |          |            | 2            | 28,6       |          |            | 1           | 100        |          |            |             |            |          |            |
| 2.2. Inconveniente e/ou aborrecido                  |                       |            | 2        | 33,3       |              |            | 1        | 20         |             |            | 4        | 80         |             |            | 1        | 100        |
| <b>3. Familiares do idoso não se interessam</b>     |                       |            | 2        | 33,3       |              |            | 2        | 40         |             |            |          |            |             |            |          |            |
| <b>4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso</b>       | 5                     | 50         |          |            | 4            | 57,1       |          |            |             |            |          |            |             |            |          |            |
| <b>5. Outros</b>                                    | 2                     | 20         |          |            | 1            | 14,3       |          |            |             |            |          |            |             |            |          |            |
| <b>Total</b>  | <b>10</b>             | <b>100</b> | <b>6</b> | <b>100</b> | <b>7</b>     | <b>100</b> | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>1</b>    | <b>100</b> | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>1</b>    | <b>100</b> | <b>1</b> | <b>100</b> |

Passamos, agora, a analisar a distribuição por categorias considerando a idade dos idosos referida pelos enfermeiros (quadro XXVII).

Em relação a distribuição por incidentes positivos e negativos, observa-se que: em relação ao grupo etário dos 65-75 anos são relatados 17 incidentes, 8 positivos (47,1%) e 9 negativos (52,9%); para o grupo dos 76-85 anos são referidos 13 incidentes, 8 positivos (61,5%) e 5 negativos (38,5%); para o grupo dos 86-95 anos relatam-se 5 incidentes, 2 positivos (40%) e 3 negativos (60%); para o grupo etário dos 95 -99 anos apenas é mencionado 1 incidente positivo. Os incidentes positivos predominam, essencialmente, em relação aos idosos do grupo 76-85 anos.

Pela positiva a subcategoria mais referida para todos os grupos etários foi “enfermeiro sente que ajudou o idoso”, à exceção do que ocorre em relação ao grupo etário dos 76-85 anos, em que os enfermeiros valorizam a subcategoria “simpático”. Pela negativa a subcategoria mais referida é “inconveniente e/ou aborrecido”, com 6 inquiridos, no grupo etário dos 65-75 anos.

**Quadro XXVII – Valores dos enfermeiros segundo a idade dos idosos**

| Categorias  | Idade dos idosos (enfermeiros) |      |          |      |              |     |          |     |             |     |          |      |             |     |          |   |
|---|--------------------------------|------|----------|------|--------------|-----|----------|-----|-------------|-----|----------|------|-------------|-----|----------|---|
|   | 65-75 (n=17)                   |      |          |      | 76-85 (n=13) |     |          |     | 86-95 (n=5) |     |          |      | 95-99 (n=1) |     |          |   |
|   | Positivo                       |      | Negativo |      | Positivo     |     | Negativo |     | Positivo    |     | Negativo |      | Positivo    |     | Negativo |   |
|   | N                              | %    | N        | %    | N            | %   | N        | %   | N           | %   | N        | %    | N           | %   | N        | % |
| <b>1. Relação do idoso com o enfermeiro</b>         |                                |      |          |      |              |     |          |     |             |     |          |      |             |     |          |   |
| 1.1. Carinhoso                                      | 2                              | 25   |          |      |              |     |          |     | 1           | 50  |          |      |             |     |          |   |
| 1.2. Agressivo                                      |                                |      | 2        | 22,2 |              |     |          |     |             |     | 1        | 33,3 |             |     |          |   |
| 1.3. Não cumpre as instruções                       |                                |      | 1        | 11,1 |              |     | 1        | 20  |             |     |          |      |             |     |          |   |
| <b>2. Características da personalidade do idoso</b> |                                |      |          |      |              |     |          |     |             |     |          |      |             |     |          |   |
| 2.1. Simpático                                      |                                |      |          |      | 4            | 50  |          |     |             |     |          |      |             |     |          |   |
| 2.2. Inconveniente e/ou aborrecido                  |                                |      | 6        | 66,7 |              |     | 1        | 20  |             |     |          |      |             |     |          |   |
| <b>3. Familiares do idoso não se interessam</b>     |                                |      |          |      |              |     | 3        | 60  |             |     | 2        | 66,7 |             |     |          |   |
| <b>4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso</b>       | 5                              | 62,5 |          |      | 2            | 25  |          |     | 1           | 50  |          |      | 1           | 100 |          |   |
| <b>5. Outros</b>                                    | 1                              | 12,5 |          |      | 2            | 25  |          |     |             |     |          |      |             |     |          |   |
| <b>Total</b>  | 8                              | 100  | 9        | 100  | 8            | 100 | 5        | 100 | 2           | 100 | 3        | 100  | 1           | 100 | 0        |   |

Por fim, analisa-se a distribuição das categorias de acordo com o local de trabalho dos enfermeiros inquiridos (quadro XXVIII).

Em relação aos incidentes positivos *versus* negativos os dados indicam que: os inquiridos que trabalham em hospital relatam 30 incidentes, 17 positivos (56,7%) e 13 negativos (43,3%); os que trabalham no centro de saúde relatam 4 incidentes, 1 positivo (25%) e 3 negativos (75%); aqueles que trabalham em clínica privada apenas relatam 2 incidentes, 1 positivo (50%) e 1 negativo (50%). Apenas os enfermeiros que trabalham em contexto de centro de saúde relatam mais incidentes negativos acerca dos idosos.

Pela positiva, as subcategorias que se destacam é o “enfermeiro sente que ajudou o idoso”, com 8 inquiridos (57,1%), seguindo-se a subcategoria “simpático”, para os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar. Pela negativa é mencionada em todos os locais de trabalho a subcategoria “inconveniente e/ou aborrecido”. Convém referir que a subcategoria “outros”, apenas é referida no local de trabalho hospital, com 3 inquiridos (18,8%).

**Quadro XXVIII – Valores dos enfermeiros segundo o seu local de trabalho**

| Categorias  | Local de trabalho (enfermeiros) |      |          |      |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
|---|---------------------------------|------|----------|------|-----------------------|-----|----------|------|-----------------------|-----|----------|-----|
|   | Hospital (n=30)                 |      |          |      | Centro de saúde (n=4) |     |          |      | Clínica privada (n=2) |     |          |     |
|   | Positivo                        |      | Negativo |      | Positivo              |     | Negativo |      | Positivo              |     | Negativo |     |
|   | N                               | %    | N        | %    | N                     | %   | N        | %    | N                     | %   | N        | %   |
| <b>1. Relação do idoso com o enfermeiro</b>         |                                 |      |          |      |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| 1.1. Carinhoso                                      | 2                               | 11,8 |          |      | 1                     | 100 |          |      |                       |     |          |     |
| 1.2. Simpático                                      |                                 |      | 3        | 23,1 |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| 1.3. Não cumpre as instruções                       |                                 |      | 1        | 7,7  |                       |     | 1        | 33,3 |                       |     |          |     |
| <b>2. Características da personalidade do idoso</b> |                                 |      |          |      |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| 2.1. Simpático                                      | 4                               | 23,5 |          |      |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| 2.2. Inconveniente e/ou aborrecido                  |                                 |      | 4        | 30,8 |                       |     | 2        | 66,7 |                       |     | 1        | 100 |
| <b>3. Familiares do idoso não se interessam</b>     |                                 |      | 5        | 38,5 |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| <b>4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso</b>       | 8                               | 47,1 |          |      |                       |     |          |      | 1                     | 100 |          |     |
| <b>5. Outros</b>                                    | 3                               | 17,6 |          |      |                       |     |          |      |                       |     |          |     |
| <b>Total</b>  | 17                              | 100  | 13       | 100  | 1                     | 100 | 3        | 100  |                       | 100 | 1        | 100 |

## **CAPÍTULO 5.**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A enfermagem tem como finalidade ajudar indivíduos e os grupos a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais; biofisiológicas; psicológicas; sociológicas; culturais e espirituais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Sempre teve a seu cargo os cuidados às pessoas, mesmo quando praticados pela *mulheres de virtude*: “cuidados que restituem ao homem a sua vida e a sua morte, desde o nascimento (...) até à morte (...), cuidados mobilizadores de forças da vida (...) tanto dos que recebem como dos que os prestam (...)” (Colliére, 1989). Com o Decreto-lei nº 191/96 de 4/9 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), definindo a enfermagem como: “profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (FNAEE, 2000).

Tendo por base a definição de enfermagem importa salientar que a enfermagem não se restringe somente a relação enfermeiro/utente (idoso), mas também a sua família.

Não pode definir-se a natureza de cuidados de enfermagem sem identificar o fundamento desses cuidados, uma vez que os cuidados de enfermagem fazem parte de um conjunto de actividades de enfermagem, que constituem uma actividade quotidiana e permanente da vida (Colliére, 1989).

Cuidar do idoso sempre fez parte do mandato assumido pelos enfermeiros, remontando a 1904 os primeiros escritos sobre o tema: “The old nurse”. Contudo, a assunção deste mandato questiona-se, por não se ter feito acompanhar, de um sentido globalizador e atribuidor de significados aos saberes resultantes do terreno empírico dos dados (Carr & Kemmis, 1986, citado por Costa, 1998). Esta situação coloca algumas questões acerca dos cuidados de enfermagem aos idosos, tanto na gestão curricular dos cursos de Enfermagem (dispersa em disciplinas teóricas e práticas, onde por acaso o utente é idoso) como na investigação (quase inexistente entre nós) (Costa, 1998).

Para Tavares (2002), a enfermagem tem uma vocação social inquestionável e um papel chave e de crescente importância junto da população idosa. De facto, a enfermagem tem saberes teóricos e práticos porque lida diariamente com idosos, através de um leque de meios e tempos de acção muito mais amplos, comparativamente a outros profissionais,

uma vez que as funções do enfermeiro exigem uma permanência e acompanhamento mais sistemático dos pacientes.

Assim sendo, iremos referir como as categorias e subcategorias emergentes neste estudo vão de encontro com os objectivos citados.

### **Identificar crenças e valores que os idosos e os enfermeiros têm sobre a sua relação**

Os valores e crenças emergentes do estudo, expressos nas categorias e subcategorias definidas, sugerem que tanto os idosos, como os adultos perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções que teórica e legalmente lhe é atribuída. Atendendo a que a definição que cada pessoa tem acerca da enfermagem (como de outras actividades) é moldada pela sociedade em que se insere (cultura, experiências de vida, pela própria idade...), podemos argumentar que existe consistência social entre o que é a enfermagem e o que as pessoas esperam dos profissionais de enfermagem.

Os valores emergentes dos incidentes relatados pelos idosos e adultos em relação aos enfermeiros inserem-se nas mesmas categorias: “(in)competência na prestação técnica de cuidados”; “(in)competência na relação de ajuda”; “(in)disponibilidade”; os adultos referem a “injustiça”, que não é mencionada pelos idosos.

A “(in)competência na prestação técnica de cuidados” e a “(in)competência na relação de ajuda” resumem as principais funções dos enfermeiros, tais como são apresentadas na perspectiva conceptual e legal. A prestação técnica de cuidados está relacionada com a prática/execução dos cuidados, tais como, administração da medicação, punção e execução de pensos. Estes cuidados podem equiparar-se a cuidados de reparação, isto é, *“os que têm por fim limitar a doença, lutar contra ela e combater as suas causas”* (Collière, 1989: 238). A relação de ajuda pode ser comparada aos cuidados de manutenção, aqueles que estão na origem da prática de cuidados, situando a prática da enfermagem numa realidade ampla, envolvendo uma dimensão afectiva, com implicação de gestos de ternura, intimidade, amparo e solicitude (Collière (1989).

A “(in)disponibilidade” e a “injustiça” são valores fundamentais na prossecução das funções do enfermeiro. Isto é, a prestação técnica de cuidados e a relação de ajuda, necessitam de ser envolvidas num contexto de disponibilidade e justiça, que constituem



pilares para a sua boa prossecução. Além disso, salientam o forte cariz relacional atribuído e exigido no exercício da enfermagem.

Por disponibilidade entende-se a resposta rápida aos pedidos de ajuda dos utentes, normalmente, através da campainha; no oposto encontra-se a ausência de respostas, o desleixo ou a realização de ensinamentos “*a despachar*”. Em relação à indisponibilidade, não se pode deixar de referir que, principalmente, no contexto hospitalar, existe um défice na relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e as disponíveis. Ou seja, o número de enfermeiros e as horas previsíveis em horário de 35 horas conduz a uma carência de cerca de 40%, ou seja, à falta de 21.000 novos técnicos (Sousa, 2006).

Os adultos mencionaram, ainda, a “injustiça” como um aspecto negativo na relação com o enfermeiro, que é traduzido nas seguintes afirmações: “*ralhar sem razão*”; “*dizer que não cumpri o tratamento, o que não é verdade*”; “*tem duas faces, é simpática à frente dos outros e agressiva comigo*”. Tyler, Boeckmann, Smith e Huo (1997) consideram o foco central da psicologia da justiça é compreender o que as pessoas pensam que é certo ou errado, justo ou injusto e como tais julgamentos são por elas justificados. De facto, a justiça é essencial na relação entre pessoas e entre grupos, uma vez que pensamentos, sentimentos e comportamentos são afectados pelos julgamentos que fazem sobre a justiça ou injustiça das suas experiências. Os sentimentos das pessoas sobre justiça constituem base importante para suas reacções para com os outros (Assmar, 1997).

A emergência da “injustiça” como um valor relevante para os adultos, mas não para os idosos pode ser justificado pelos diferentes tempos sociais que os caracterizam (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2005). O tempo social alerta para que grupos que nasceram e viveram em períodos diferentes diferem em múltiplos aspectos. Não se pode esquecer que os actuais idosos (com 65 anos ou mais) nasceram por volta de 1930, cresceram, foram educados e viveram a época do Estado Novo e da ditadura. São pessoas que acabaram por enraizar valores de obediência e de submissão perante outras a quem atribuem um estatuto social superior (caso dos profissionais de saúde). Em simultâneo, têm menos formação académica e, por isso, menos capacidade de argumentar e exigir.

No que se refere aos enfermeiros, os valores e crenças emergentes do estudo, expressos nas categorias e subcategorias definidas, sugerem uma variabilidade pessoal na forma como percebem os idosos. Também aqui se pode argumentar com a influência do processo de socialização, pois as imagens sociais dos idosos tendem a ser inconsistentes,

contraditórias, multidimensionais, envolvendo características positivas, negativas e neutras (Sousa & Cerqueira, 2005). Mas, também se deve considerar que a pouca formação dos enfermeiros na área da gerontologia e geriatria poderá levar a que tenham imagens confusas e do senso comum sobre a velhice e o processo de envelhecimento.

Os enfermeiros que se empenham numa relação, trabalham não só com a pessoa mas também consigo. Utilizam simultaneamente os seus conhecimentos, o seu saber-fazer, o saber-estar e o saber-ser. O saber-ser engloba dois aspectos: a filosofia da enfermagem e a tomada de consciência de si (socialização) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Os valores emergentes dos relatos dos enfermeiros em relação aos idosos incluem-se nos seguintes aspectos: “relação que o idoso mantém com o enfermeiro”, “características da personalidade do idoso”, “familiares do idoso não se interessam” e “o enfermeiro sente que ajudou o idoso”.

Neste caso emergem valores exclusivamente relacionais, ou seja, o enfermeiro assume a vertente relacional da sua profissão, contudo mais centrada no comportamento do outro (idoso ou família do idoso), do que no seu comportamento (apenas a categoria “o enfermeiro sente que ajudou o idoso”).

A “relação que o idoso mantém com o enfermeiro” diz respeito a comportamentos como ser: carinhoso, agressivo, arrogante, teimoso, impaciente, desconfiado e não seguir as indicações do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem aos idosos tendem a ser mais prolongados no tempo e mais intensivos, do que com outros grupos da população. Desta forma, a relação que se vai estabelecendo, pelo cariz positivo ou negativo que pode assumir, pode levar a que: os enfermeiros encorajem ou desencorajem o utente idoso a procurar os seus cuidados; mas, da mesma maneira o idoso pode influenciar os enfermeiros a envolverem-se mais ou menos, ou levá-los a responsabilizar-se por ele ou deixá-lo ser mais autónomo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Entre as “características da personalidade do idoso” destaca-se: pela positiva, a simpatia, “*gostar de conversar sem ser chato*”, “*colaborar cumprindo as indicações*” e “*tentar não ser dependente*”; pela negativa, a inconveniência, ser aborrecido, *chato* e inoportuno. Segundo Allport, 1984 (citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995), a personalidade é definida como organização dinâmica interna dos sistemas psicológicos do indivíduo que determina o seu ajustamento ao meio. Contudo, algumas destas características parecem coincidir com as imagens sociais associadas à velhice.

De facto, de modo mais ou menos consciente, a idade determina a interação, uma vez que pela idade percebida no outro se inferem um conjunto de competências e características da personalidade (cognitivas, funcionais, religiosas) (Cuddy & Fiske, 2002).

As imagens mais comuns em relação aos idosos incluem aspectos positivos, tais como a maturidade, sabedoria, experiência de vida e afetividade, e aspectos negativos, por exemplo: dependente, aborrecido, senil e retrógrado. É importante sublinhar que a forma como se *fala* da velhice tem um papel importante no funcionamento das pessoas idosas, assim: quando são mencionadas como inteligentes ou competentes, o reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Hausdorff, 1999).

O valor indicativo que “os familiares do idoso não se interessam” acaba por trazer à relação um terceiro elemento: os familiares do idoso, numa perspectiva negativa (rejeição e desinteresse). Segundo Cruz *et al.*, (2003: 2) “*as possibilidades de vida plena durante o envelhecimento, são restringidas não somente pelas restrições biológicas, mas as representações sociais da velhice também afectam as relações de poder e de auto-estima dos indivíduos que ultrapassam os limite etários estabelecidos como etapa produtiva de vida*” Mesmo considerando negligências e omissões quanto aos cuidados aos idosos, como maus-tratos advindos, tanto do seu ambiente familiar, como social, uma parcela importante dos idosos, tem assumido um papel preponderante na economia familiar como provedora principal dos recursos.

Os resultados dos estudos tendem a negar a ideia generalizada de que a família não se interessa pelos idosos (ou que os filhos adultos não querem saber dos pais idosos), de facto a maioria dos idosos vive com a família, que assegura a maioria dos cuidados de que necessitam (Le-Bris, 1994). No entanto, os enfermeiros acabam por estar em contacto com os idosos em situação de doença ou de incapacidade, ou seja, em momentos de crise ou de dependência, em que os familiares poderão estar, também, em crise, ou esgotados por anos de cuidados aos idosos dependentes. De qualquer forma, é inegável, que algumas (uma minoria) famílias negligenciam os familiares idosos (Le-Bris, 1994).

A categoria “o enfermeiro sente que ajudou o idoso” é a única que coloca a ênfase da relação no enfermeiro e na satisfação que sente com o exercício da sua profissão. Para Paul, 1984 (citado por Berger & Mailloux-Poirier, 1995) a relação entre enfermeiro e idoso

é um processo interpessoal que visa facilitar o bem-estar do idoso, que atravessa uma etapa em que sofre uma grande modificação na sua forma de estar a nível biológico, psicológico ou social. Esta categoria parece relevar as motivações do enfermeiro em relação à sua função – ajudar o idoso.

Passemos, agora, à confrontação dos principais valores emergentes dos três grupos de inquiridos (figura 1).

.....**Figura 1** – Valores dos idosos, enfermeiros e adultos

|                                  | <b>Positivo</b>   | <b>Negativo</b>  |
|----------------------------------|---|--|
| <b>Idosos →<br/>Enfermeiros</b>  | Competência na relação de ajuda.<br>Disponibilidade.  | Incompetência na prestação técnica de cuidados<br>Incompetência na relação de ajuda.<br>Indisponibilidade.     |
| <b>Enfermeiros →<br/>Idosos</b>  | Características da personalidade do idoso: simpático<br>Enfermeiro sente que ajudou o idoso | Características da personalidade do idoso: inconveniente/ aborrecido<br>Famíliares do idoso não se interessam. |
| <b>Adultos →<br/>Enfermeiros</b> | Competência na prestação técnica de cuidados.<br>Competência na relação de ajuda.           | Incompetência na prestação técnica de cuidados.<br>Indisponibilidade<br>Injustiça                              |

**Nota:** As categorias representadas têm valores  $\geq 20\%$  dos incidentes críticos.

### *Adultos e idosos versus enfermeiros*

Começemos por confrontar os valores dos adultos e idosos em relação aos enfermeiros. Pela positiva emerge um valor comum a adultos e idosos em relação aos enfermeiros: a competência na relação de ajuda. Contudo, enquanto os idosos valorizam a disponibilidade, os adultos salientam a competência na prestação técnica de cuidados.

Estes dados sugerem que os adultos têm uma perspectiva em relação aos enfermeiros mais técnica, do que os idosos. Tal poderá estar relacionado com as necessidades dos idosos, ou com a percepção que têm de que estão velhos e por isso precisam mais de

carinho e atenção, do que de cuidados mais técnicos. Ou, poderá dever-se ao facto de os idosos, por serem mais velhos, terem mais a visão tradicional do enfermeiro “não profissional” ou “não técnico”.

Provavelmente, os idosos vêem os enfermeiros como “cuidadores”, em oposição aos médicos, a quem conferem a componente técnica dos cuidados de saúde. Isto tem a ver com a história da profissão de enfermagem e do que dela continua enraizado. Actualmente, tem-se vindo a desmistificar um pouco dessa crença. Talvez por isso e porque os adultos são menos dependentes e mais autónomos, ambicionando um nível de saúde melhor que os idosos, valorizem mais a componente na prestação técnica dos cuidados.

Melo (1998), num estudo acerca da “competência do enfermeiro no cuidar do idoso”, encontrou resultados semelhantes: os idosos, independentemente, da instituição onde se encontram, deram maior importância ao aspecto relacional do cuidar, privilegiando a dimensão relacional e dando uma maior importância aos enfermeiros com competências humanas e carinhosas.

Também, se pode argumentar que os idosos, por verem as suas redes sociais reduzidas (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2005), tenham mais necessidade de atenção afectiva e emocional, percebendo nos enfermeiros uma potencial resposta a esta necessidade e valorizando cada pequeno gesto de carinho (mais do que sujeitos doutras idades). Além disso, os idosos sentem mais a proximidade da morte, por isso ficam emocionalmente mais fragilizados, provavelmente, precisando mais de suporte emocional.

Pode, ainda, pensar-se que os idosos estarão a confundir envelhecimento normal e patológico (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2005). 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 o envelhecimento não é uma doença e antes um processo multi-factorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo. Desta forma, pode-se destringir entre envelhecimento primário (ou normal) e secundário (ou patológico). O primeiro indicia o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo. O segundo respeita aos factores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como *stress*, traumatismo ou doença, susceptíveis de acelerar o processo de envelhecimento primário.

Na verdade, não é fácil distinguir de modo preciso o envelhecimento normal do patológico, sobretudo, porque determinadas alterações fisiológicas e doenças que acompanham o envelhecimento são, muitas vezes, confundidas com as manifestações do envelhecimento normal. Há dois erros de interpretação frequentes, que ocorrem quer da parte dos idosos, quer dos profissionais: considerar todas as alterações encontradas num idoso como resultado do seu processo de envelhecimento natural, negligenciando os processos patológicos passíveis de tratamento e cura; atribuir certos sinais e sintomas a doenças, originando a realização de exames e tratamentos desnecessários, uma vez que se está a diagnosticar o próprio envelhecimento como doença. Provavelmente, os idosos tendem a situar-se mais na primeira circunstância, esperando mais cuidados relacionais, do que uma melhoria do seu estado de saúde.

Provavelmente, estas mesmas razões justificam que os idosos valorizem mais a disponibilidade dos enfermeiros, do que os adultos. Mas, tal pode igualmente ocorrer por os idosos receberem pouca atenção da família (porque esta não tem disponibilidade ou não quer) e vêem no enfermeiro alguém para conversar e partilhar os seus medos, dúvidas e emoções. Também pelo próprio envelhecimento social os idosos passam por várias etapas (reforma, viuvez, solidão), tornando-se mais vulneráveis, ou seja, requerem mais atenção e afectividade. Acresce, que os idosos viveram um tempo social mais marcado pela disponibilidade das redes comunitárias, que actualmente são substituídas pela Sociedade-Providência. Assim, estão mais habituados a um clima de ajuda mútua que estendem aos cuidados de enfermagem.

É de salientar a importância que a competência na relação de ajuda assume para adultos e idosos, quer do sexo masculino, quer do sexo feminino. Poderia esperar-se que o papel tradicional masculino, especialmente nos mais idosos (forte, pouco emocional), torna-se os homens menos valorizadores da relação de ajuda, mas tal não ocorre.

Para reforçar esta ideia, Marques (1999: 50) num estudo “*constatou que os utentes valorizam mais os atributos de natureza humana do que os de natureza técnica. Sob o ponto de vista humano caracterizam os enfermeiros da seguinte forma: simpáticos, prontos no atendimento, carinhosos e atenciosos (...), sendo a simpatia a qualidade que mais valorizam*”. Realça-se a natureza da enfermagem como uma profissão de ajuda, cujas raízes se situam na filosofia humanista e na concepção holística dos cuidados (vertente biopsicossociocultural).

Como já foi referido, os cuidados de manutenção (relação de ajuda) englobam uma dimensão afectiva, traduzida em gestos de ternura, intimidade, amparo e solicitude. Quando uma pessoa, seja homem ou mulher, idoso ou mais novo, se encontra numa situação de doença ou com a saúde debilitada, torna-se mais vulnerável em termos afectivos. Nos meios hospitalares, esta carência é acentuada pela separação dos familiares e do seu *lar*, associada à permanência num ambiente estranho, com rotinas pouco comuns, onde se executam procedimentos que invadem a privacidade pessoal e podem ser dolorosos ou incómodos: “*quando estão numa instituição, a relação de ajuda significativa é, frequentemente para o utente, uma questão de sobrevivência*” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995: 22).

Os resultados indicam que os idosos atribuem aos enfermeiros mais velhos incidentes mais positivos e relacionados com a competência na relação de ajuda. Vários argumentos podem ser utilizados para justificar este resultado. Os enfermeiros mais velhos tiveram uma base de formação mais humanista, uma vez que a certa altura a formação tendeu a valorizar os aspectos técnicos, atingindo actualmente um equilíbrio entre esses dois aspectos. Mas, existem outros argumentos: provavelmente os idosos sentem-se mais identificados e mais à vontade com um enfermeiro menos novo, pois poderão partilhar mais valores, princípios e experiências. Para além disso, atendendo à escassez de formação na área de gerontologia e geriatria nos enfermeiros, os mais velhos, pela experiência, terão um saber acrescido em relação aos mais novos. Assim, estarão mais atentos às suas necessidades relacionais e emocionais.

Pela negativa, emergem dois valores comuns para idosos e adultos: incompetência na prestação técnica de cuidados e indisponibilidade. Um valor diferencia-os: os idosos realçam a incompetência na relação de ajuda e os adultos a injustiça.

A incompetência na prestação técnica de cuidados é valorizada em ambos os casos, por norma, associada à dor que causa, por exemplo:

*”Quando estive internada uma enfermeira estava a administrar a medicação, e começou a doer muito e queixei-me dizendo que me estava a magoar. Começou a dizer que não tinha motivo para queixar-me e continuou a administrar, até ficar com a mão inchada [infiltração]”. (Idosa, 76 anos)*

A dor atinge as pessoas de qualquer idade, embora até se pudesse esperar que os idosos fossem menos queixosos, por estarem mais habituados (quer pelas doenças que os vão atingindo, quer pela maior regularidade com que fazem exames e tratamentos) e/ou por acharem mais natural, atendendo à sua idade. De facto, *provocar* dor ou não a evitar é um dos aspectos mais valorizados pela negativa pelos inquiridos em relação aos enfermeiros.

A indisponibilidade também é valorizada tanto por idosos como por adultos, por norma devido ao pouco tempo dispensado aos utentes e pela sua demora, por exemplo:

“ (...) *O pós-operatório não correu muito bem, pois fiquei com o nariz inflamado e com hematoma. Tinha recomendação para pôr gelo constantemente. A enfermeira até o colocava, mas colocava-o de qualquer maneira, estava sempre com pressa (...)*”. (Adulto, 32 anos)

A indisponibilidade acaba por ter impacto quer na prestação técnica de cuidados, quer na relação de ajuda. Para exercer bem as funções é necessário tempo e, como já foi referido, a escassez de enfermeiros, muitas vezes, obriga a que se *ande a correr* e se tenha menos tempo (quer temporal, quer emocional) para se dedicar a cada doente e se possa demorar mais a atender um paciente. Além disso, esta *correria* implica que os enfermeiros vivam ou exerçam a sua profissão em maior stresse, o que pode prejudicar o seu desempenho. Acresce que, para exercer bem qualquer profissão, é necessário motivação, esta pode decrescer perante as condições de trabalho atrás descritas, ou pode não existir. Refira-se que raramente a enfermagem é a primeira escolha dos alunos que entram neste curso no ensino superior. Há, ainda, a considerar que sendo esta uma profissão relacional, o seu exercício é inevitavelmente afectado pelas circunstâncias de vida pessoal, familiar e profissional do enfermeiro, que em certas circunstâncias poderá estar menos disponível para os doentes.

Os idosos (diferenciando-se dos adultos) salientam a relação de ajuda pela negativa:

“ (...) *Fui fazer uma colheita de urina (...). Perguntei, mas não explicaram. Fiquei muito preocupada e, só diziam que estava tudo bem, mas não explicaram*”. (Adulta, 22 anos)



Já foi discutida a maior valorização que os idosos fazem da relação de ajuda comparativamente aos adultos. De facto, a fragilidade da sua saúde e a diminuição das suas redes sociais, parece torná-los mais sensíveis a este valor. A incompetência na relação de ajuda tende a ser mais valorizada pelas idosas do sexo feminino, talvez por as mulheres esperarem mais carinho e atenção. Ou, então, talvez porque as imagens da velhice tendem a ser mais negativas em relação às mulheres (menos atractivas e menos competentes que os homens velhos) (Sousa & Cerqueira, 2005), os profissionais de saúde (neste caso os enfermeiros) acabem por ser menos atenciosos com as mulheres (fruto da influência dessas imagens).

Já os adultos realçam a injustiça:

*“ (...) Quando tive o meu segundo filho, houve uma enfermeira que disse que os familiares não deviam pegar o bebé ao colo, só se pegava no bebé para dar de mamar. Foi mais a maneira arrogante e a expressão facial que me marcaram”.* (Adulta, 33 anos)

Tal como já foi aludido, este valor provavelmente surge mais nos adultos, do que nos idosos, por aqueles estarem mais conscientes dos seus direitos. Os idosos educados num tempo social de obediência (Estado Novo) e, também, por serem mais dependentes de cuidados, têm mais receio de se pronunciar.

Para os idosos os valores positivos e negativos mais salientados tendem a ser simétricos: (in)competência na relação de ajuda e (in)disponibilidade. Além disso, são centrados na relação. A estes valores acresce pela negativa a incompetência na prestação técnica de cuidados, que se realça pelo sofrimento de algumas técnicas de enfermagem, como por exemplo: colocação de sonda nasogástrica e puncionar. Os idosos, pela multipatologia e aumento da incidência de doenças crónicas que tende a acompanhar o envelhecimento, necessitam de mais procedimentos técnicos.

Estes valores indicam o que os idosos pensam/esperam sobre o que é, ou deve ser, um enfermeiro: alguém que cuide deles com carinho e disponibilidade, evitando causar dor.

Para os adultos uma categoria é simétrica, ou seja, emerge pela negativa e positiva: (in)competência na prestação técnica de cuidados. Neste caso a visão da enfermagem é mais técnica, valorizando menos a componente relacional. Os adultos vêem o enfermeiro mais na sua vertente tecnicista e menos apenas como alguém que “vela” pelos doentes. As

outras subcategorias não são simétricas: pela positiva – competência na relação de ajuda; pela negativa – injustiça e indisponibilidade. Assim, se o enfermeiro for incompetente na relação de ajuda, isso não é muito valorizado, mas se for competente nessa função é uma mais-valia na relação com o enfermeiro. Os adultos valorizam a injustiça e indisponibilidade, demonstrando consciência crítica e conhecimento dos seus direitos. Os resultados sugerem que os adultos valorizam mais a componente técnica da enfermagem, no entanto também valorizam a componente humana, principalmente por: alívio da dor, disponibilidade, atenção e justiça.

Em relação aos valores emergentes no grupo dos idosos cabe ainda referir algumas variações com género, idade e escolaridade.

Considerando o género, verifica-se que as mulheres relatam mais incidentes positivos do que os homens. Poderemos aventar três explicações: os homens pelo seu papel tradicional acabam por ser mais exigentes e críticos do que as mulheres (até porque estas, por norma, têm menos escolaridade); as mulheres idosas como são socialmente associadas a imagens mais negativas, tendem a assumir estas imagens, desenvolvendo menos auto-estima e valorizando qualquer pequeno gesto de atenção; ou, então, os enfermeiros podem ser mais carinhosos com as mulheres pela imagem de avó carinhosa que lhes é associada.

Tendo em conta a idade, a incidência dos relatos negativos diminui com o aumento da idade no grupo dos idosos. Neste acaso, provavelmente, estamos perante idosos mais debilitados e, portanto, mais carentes de qualquer atenção; ou, então, pelo tempo social serão pessoas mais submissas ao estatuto de licenciado dos enfermeiros.

Os incidentes negativos aumentam com o grau de habilitações académicas, provavelmente porque mais instrução implica mais consciência dos direitos e maior capacidade de argumentação.

Não podemos deixar de referir que estes dados, em parte, reflectem a história da profissão de enfermagem e alguns dos estereótipos daí decorrentes. Nesta linha, os idosos vêem os enfermeiros como pessoas que velam pelos doentes, de forma meiga e carinhosa, tendendo a valorizar menos a componente técnica. Esta vertente é mais associada à medicina. Segundo Morrison (2001: 115) “ *é frequente os médicos terem o estatuto de heróis e os enfermeiros serem considerados pessoas dedicadas e extremamente esforçadas*”.

É, ainda, necessário contextualizar os cuidados de enfermagem. No caso da amostra deste estudo, os idosos referem-se principalmente a incidentes em meio hospitalar. Neste contexto, numa primeira fase são prestados os cuidados de reparação, posteriormente, nas unidades de cuidados (onde os idosos permanecem mais tempo), uma vez que já foi aliviado à dor, é dada mais importância aos cuidados de manutenção. Os enfermeiros, nesta situação, são quem acompanha o idoso durante as 24 horas do dia, transmitindo, de preferência, confiança, dedicação e atenção. Esta ideia é reforçada por outros indicadores, por exemplo, Sousa (1997, citado por Marques, 2000) num estudo acerca dos “atributos dos enfermeiros na percepção significativas de cuidados de enfermagem”, realça que os atributos mais inferidos aos enfermeiros são a capacidade de diálogo, competência humana, ser simpático e disponível.

#### *Enfermeiros versus idosos*

Passamos, então, a confrontar os valores de enfermeiros e idosos. Neste caso, parece haver uma categoria consistente pela positiva entre enfermeiros e idosos: os idosos valorizam a competência do enfermeiro na relação de ajuda; os enfermeiros valorizam o sentimento de terem ajudado o idoso. Há aqui uma complementaridade de objectivos e/ou expectativas fundamental numa relação: o idoso quer ser ajudado e o enfermeiro quer ajudar. Mas, os restantes valores diferenciam-se, o que não é de estranhar uma vez que os papéis e funções de cada elemento são diferentes, apesar de existirem num objectivo comum, que emerge nas categorias anteriormente indicadas.

Por parte dos enfermeiros emerge um valor simétrico, pela positiva e negativa: características da personalidade do idoso. Atendendo ao carácter muito próximo da interacção entre idoso/utente e enfermeiro, a *forma de ser* é fundamental para que o enfermeiro se posicione na relação.

Esta simetria parece reflectir as imagens estereotipadas e contraditórias do idoso (sábio, senil). Por norma, estes preconceitos estão tão enraizados que acabam por se transformar em realidade ou ser confundidos com ela (Mota *et al.*, 2001). Ou seja, se o enfermeiro tem uma construção social negativa acerca do envelhecimento e da velhice, acaba por encarar o idoso como inconveniente e/ou aborrecido, lidando com os idosos a

partir destes preconceitos e do que pensam que seja importante para eles, sem analisar as suas reais necessidades, sem lhes perguntar o que pensam ou desejam.

*“Fizemos-lhe um enema de limpeza. Quando ele referiu não fazer mais dejectões, colocou-se uma fralda. Passado 5 minutos, já estava outra vez a chamar. Fui lá e perguntei o que queria. Referiu que tinha a fralda um pouco suja e queria que fosse mudada. Naquele momento havia um doente com maior prioridade em ser atendido, mas mesmo sabendo continuou a chamar constantemente, não se calando”.* (Enfermeira, 27 anos)

Por outro lado, se o enfermeiro tiver uma construção social positiva da velhice, irá ver o idoso como uma pessoa simpática, sábia e experiente. Estas imagens positivas têm efeitos benéficos sobre os idosos, valorizando a sua auto-imagem e auto-estima.

*“ (...) Era um idoso simpático, calmo e bastante colaborante (...) o seu olhar meigo e a sua simpatia faziam transparecer a pessoa simpática e meiga que provavelmente fora outrora”.* (Enfermeira, 22 anos)

Também, não se pode esquecer que, certamente, a real *forma de ser* do idoso influencia a relação: como em todas as idades há pessoas mais simpáticas do que outras. Além disso, cada enfermeiro tem as suas características e preferências e pode relacionar-se melhor ou pior com determinado idoso.

Os dados indicam que as enfermeiras com mais idade tendem a mencionar com mais frequência as características negativas da personalidade do idoso. Tal poderá dever-se ao facto das mulheres terem uma imagem mais negativa dos idosos. Também se pode sugerir que os enfermeiros mais velhos podem estar mais desgastados pelas exigências da profissão e terem menos disponibilidade emocional (a enfermagem é por tradição feminina, logo nos enfermeiros mais antigos predominam as mulheres).

Pela positiva emerge, ainda, a categoria o enfermeiro sente que ajudou o idoso:

*“ (...) A doente abordou-me e disse-me: a sua cara é uma das poucas que me lembro antes de ficar tudo escuro. Fico-lhe muito agradecida pelo que fez por mim”.* (Enfermeira, 25 anos)

Esta afirmação ilustra, por um lado, como pequenos gestos de atenção têm um impacto profundo e positivo nos doentes, e, por outro, que os enfermeiros também precisam de reforços por parte dos doentes em relação ao seu desempenho para se manterem motivados. Além disso, mostra como (pelo menos alguns) têm uma visão dos cuidados de enfermagem centrada na relação de ajuda. Emerge, mais uma vez a mútua influência entre utente e enfermeiro, uma relação em que ambos têm um papel fundamental na sua construção. É, ainda, provável que os enfermeiros ao percepcionarem as dificuldades acrescidas dos idosos e algum grau de dependência se sintam mais impelidos a responder às necessidades de suporte emocional.

O valor que indica que o enfermeiro sente que ajudou o idoso é mais mencionado pelos enfermeiros do sexo masculino. Por norma, o envolvimento emocional é considerado um atributo mais feminino, mas o sexo masculino tende a apresentar motivações mais relacionadas com o alcançar de objectivos. Assim, talvez os enfermeiros do sexo masculino acabem valorizar menos aspectos como a relação que o idoso estabelece ou as suas características de personalidade, e se centrem no objectivo da sua profissão: ajudar o utente.

Pela negativa, emerge o valor segundo o qual os familiares não se interessam pelos seus parentes idosos, realçando a vertente de humanização dos cuidados.

*“ (...) Quando fui ter com a utente para realizar uma colheita de sangue, senti um cheiro fétido e, devo ter feito uma expressão facial que a senhora disse-me: eu não tenho culpa, é que eu não me consigo lavar e a minha filha também não me lava”.* (Enfermeira, 29 anos)

Como já referimos, a maioria dos cuidados aos idosos é prestada por familiares e, este aspecto demonstra o envolvimento dos familiares nos cuidados ao idoso. Contudo, há casos de negligência para com os idosos que podem justificar esta situação. Mas há, ainda, que ponderar outros aspectos: a prestação pelos familiares de cuidados a idosos associa-se a sobrecarga. Esta define-se como o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, susceptíveis de afectar diversos aspectos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional. Num contexto de

sobrecarga os familiares cuidadores podem tornar-se menos disponíveis para prestar os cuidados necessários e da forma mais adequada (Zarit *et al.*, 1980).

Assim, coloca-se a questão da necessidade que também os cuidadores familiares têm de apoio. A sobrecarga apresenta duas dimensões: objectiva e subjectiva (Zarit *et al.*, 1980). A primeira resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados prestados (mediante a gravidade, tipo da dependência e comportamento do doente) e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador (familiar, social, económica, profissional). A subjectiva deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar, ou seja, evoca a percepção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados. Desta forma, os familiares que prestam cuidados precisam de apoio objectivo (substituição na realização de algumas tarefas, ficando com algum tempo para si) e subjectivo (apoio emocional e reforço sobre a importância da tarefa que realizam de cuidado aos idosos) (Nolan, 2001).

Actualmente, para combater esta lacuna nos cuidados o Primeiro-ministro, José Sócrates, assinou um protocolo de redes de apoio nos cuidados continuados. Espera-se que esta medida ajude os cuidadores familiares a prestar melhores cuidados e os indicadores de exclusão e abandono por parte dos familiares a diminuir.

Num estudo sobre “as representações que o enfermeiro tem do idoso” (Miranda, 1998) verifica-se que os enfermeiros que preferem cuidar de idosos, o justificam por esse constituir o grupo etário que mais necessita de atenção, sendo muitas vezes rejeitados pela própria família. Esta ideia está também presente no nosso estudo em que 29,4% dos enfermeiros inquiridos apontam relatos em que a família “não se interessa pelo idoso”.

Ainda, sobre a relação que o idoso estabelece com os enfermeiros, num estudo da Universidade de Montreal (Berger & Mailloux-Poirier, 1995) identificam 14 estereótipos, sendo um deles que as pessoas doentes tomam muitos medicamentos. Alguns elementos do nosso estudo parecem contrariar essa ideia:

” (...) *Era uma idosa cuja preocupação era não dar trabalho aos profissionais de saúde (...) manter-se activa*”. (Enfermeira, 54 anos)

Mota *et al.* (2001) referem que dada a imagem social negativa sobre a velhice leva a que, frequentemente, seja fornecida menos informação aos utentes idosos do que aos mais

jovens. Os dados do nosso estudo indicam que os enfermeiros não têm essa percepção, pois 47,4% dos enfermeiros inquiridos refere que ajudou o utente idoso (o que inclui a informação):

“ (...) Valorizou e elogiou o nosso trabalho, porque o ensinamos acerca da técnica da respiração e da tosse, e, graças aos nossos ensinamentos conseguiu ser mais independente (...)”.  
(Enfermeiro, 37 anos).

### **Compreender como esses valores podem estar a organizar a interacção enfermeiro-idoso em termos positivos/negativos**

Da análise das categorias emergentes verifica-se que os envolvidos na relação (enfermeiros e idosos) tendem a centrar-se a sua postura no outro. Assim, cada um acha que a “boa ou má” relação deriva da postura do outro, uma vez que a sua postura é a correcta. Apesar de presente em ambos os lados da relação parece mais patente da parte dos enfermeiros, que mencionam a forma como o idoso se relaciona com eles e as características dos de personalidade dos idosos. Duma forma, talvez menos explícita, o mesmo ocorre do lado dos idosos que referem a (in)competência e (in)disponibilidade dos enfermeiros, parecendo ignorar que são parceiros nos cuidados e que a melhoria da sua situação também depende dos seus comportamentos. Os dados indicam a falta de visão interactiva. A interacção envolve sempre duas partes e resulta da relação entre elas. Neste contexto podem emergir, mais facilmente, interacções negativas, uma vez que cada um considera o outro culpado se as *coisas correm mal* e não se esforça para as alterar (pois a culpa é do outro). Esta situação pode desencadear conflitos (cada um culpa o outro) ou apatia (nenhum dos envolvidos espera nada do outro). Seria importante que profissionais e utentes (neste caso idosos) se centrassem na construção de uma relação colaborativa e tentassem perceber como se influenciam mutuamente (uma vez que “comportamento gera comportamento”).

Há um valor convergente entre idosos e enfermeiros: os idosos esperam que os enfermeiros os ajudem; e os enfermeiros valorizam a ajuda que prestam aos idosos. Esta coincidência de valores, em princípio desencadeia interacções positivas, uma vez que as

duas partes em interacção têm uma expectativa e objectivo comum, além disso, enquadrado nas funções do enfermeiro.

Também em termos da *forma de ser* existe alguma coincidência entre os envolvidos: o idoso espera disponibilidade dos enfermeiros, enquanto os enfermeiros esperam que o idoso seja simpático. Esta consistência poderá tornar a relação positiva, promovendo laços afectivos entre ambos e facilitando os cuidados de enfermagem: maior disponibilidade do enfermeiro e idoso para conversar, fazer os ensinamentos, mesmo que seja por um curto período. Apesar do pouco tempo dispensado o idoso irá atribuir-lhe uma grande significância, tendo consciência real dos seus problemas e envolvendo-se nas aprendizagens.

Há, também, dois valores coincidentes pela negativa: os idosos valorizam a indisponibilidade dos enfermeiros; os enfermeiros valorizam algumas características negativas de personalidade do idoso, como aborrecido e inconveniente. Estes valores podem levar a conflitos nesta relação: os enfermeiros tenderão a “rotular” os idosos como *chatos* ou aborrecidos e, mesmo que inconscientemente, apesar de lhe prestarem os cuidados, estes serão executados com menos motivação, mais apressadamente e, provavelmente, com menos atenção e envolvimento afectivo; se os idosos partirem do pressuposto que os enfermeiros estão indisponíveis, mesmo que ao chamarem o enfermeiro este demore apenas uns minutos (porque estava a prestar cuidados a outro doente), vão referir que ele demorou muito tempo, que não lhes liga e que não tem tempo para eles. Poderão não colocar a hipótese de que demorou porque havia outros procedimentos “urgentes”, devido à escassez de pessoal de enfermagem. Neste caso, ocorrem as chamadas “profecias que se auto-cumprem”: porque há um valor na relação os comportamentos são interpretados de forma a confirmarem esse valor. Este aspecto tem outra vertente potencialmente prejudicial: pode haver generalização de ambas as partes (os idosos pensarem que todos os enfermeiros são indisponíveis; os enfermeiros pensarem que todos os idosos são aborrecidos), e noutras situações, com outros actores este tipo de interacção pode voltar a ocorrer.

Os valores não coincidentes são: do lado dos idosos, incompetência na relação de ajuda e na prestação técnica de cuidados; do lado dos enfermeiros, os familiares do idoso não se interessam.



No que respeita aos idosos esses valores podem ter a ver com o facto de atribuírem aos enfermeiros a total responsabilidade pelos cuidados, sem perceberem a importância do seu envolvimento. Por exemplo: ao puncionar um doente e se lhe for causado um hematoma, a responsabilidade é sempre do enfermeiro (porque não tem experiência, não tem conhecimento ou foi desleixado); raramente os utentes compreendem que tal pode ocorrer pela sua fragilidade capilar ou porque retraiu a mão. Esta situação pode ser negativa porque os idosos se desresponsabilizam, mas exige que os enfermeiros eduquem os utentes nesse sentido.

Em relação aos enfermeiros, encontra-se o envolvimento da família numa perspectiva de desinteresse. O envolvimento da família é um aspecto importante em qualquer profissão de saúde, uma vez que, em geral, os idosos estão com os familiares e estes tornam-se parceiros dos cuidados, quer ao nível de tarefas, quer ao nível do suporte emocional. Perspectivar os familiares de forma negativa pode levar ainda mais ao seu afastamento, sendo necessário que os enfermeiros desenvolvam formas de colaboração positiva com a família, compreendendo as suas necessidades e dificuldades.

No entanto, é inegável que há casos de desinteresse muito claros:

*“Durante dois ou três dias ninguém telefonou a procura de notícias, e pior ainda, no dia em que se telefonou à família a comunicar a resposta foi: hoje não a podemos ir buscar, vamos fazer uma viagem. Amanhã talvez”.* (Enfermeira, 22 anos)

### **Identificar qual será o sistema de crenças e valores que podem estar a organizar a interacção entre idosos e enfermeiros**

O sistema de crenças e valores que parece estar a organizar a interacção entre enfermeiro/idoso parece revelar uma postura ainda pouco colaborativa, isto é, a necessidade de ambos colaborarem para que a situação do idoso melhore ou mantenha a qualidade de vida parece pouco enraizada. Paralelamente, há outro elemento fundamental: ambos se colocam na postura de relação de ajuda, embora acentuando o papel do outro, principalmente, quando *corre* menos bem.

Os enfermeiros parecem ter uma visão pouco técnica do seu papel junto dos idosos, dando maior relevância a vertente humana (relacional). Isto está de acordo com alguns

dados sobre o impacto das imagens da velhice nos profissionais de saúde (onde se incluem os enfermeiros). A pesquisa tem demonstrado que as pessoas idosas estão em situação de desvantagem. A crença de que as pessoas idosas são rígidas, têm dificuldades em mudar, apresentam deterioração das capacidades mentais, são doentes, estão cansadas, são incompetentes, tristes e têm falta de interesse pela interação social, leva os profissionais a um conjunto de atitudes e práticas, por exemplo: acreditar que a psicoterapia não é adequada para os idosos (Curry & Stone, 1995); infradiagnóstico de depressão, ansiedade, dor crónica ou excesso de incapacidade, pois são confundidos com elementos do “envelhecimento normal” (Palmer, Jeste & Sheikh, 1997); tendência para atribuir com mais frequência aos idosos, do que aos mais jovens, diagnósticos do tipo orgânico (como demência) e mais tratamentos farmacológicos (Gatz & Pearson, 1988).

Ao mesmo tempo os idosos esperam dos enfermeiros mais cuidados relacionais. Ou seja, quando os enfermeiros prestam cuidados aos idosos agem *naturalmente*, por vezes, esquecendo a importância da simpatia, amabilidade e carinho imprescindível junto de pessoas em situação de vulnerabilidade, pela doença e pela idade.

Como limitações deste estudo podemos referir a dimensão reduzida da amostra, que se justifica, em parte, pelas limitações legais de tempo para apresentação da dissertação. Acresce que se trata de uma amostra por conveniência e não aleatória, pois por a mestranda trabalhar no Hospital Infante D. Pedro, no Serviço de Urgência, a recolha de dados era facilitada nesse contexto, associado à grande fluidez de doentes idosos nesse serviço. Em relação à recolha dos dados junto dos idosos, foi necessário dar *pequenas dicas* o que pode ter influenciado as respostas, assim como o facto de estarem a falar sobre enfermeiros com uma enfermeira.

Como perspectivas de pesquisa futura seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados em diversos contextos: hospitalar, centro de saúde, lar de idosos, clínica privada, apoio domiciliário. Seria, ainda, importante estudar os valores e crenças de outros profissionais que trabalham com idosos, analisando não só como se relacionam com os dos idosos, como se relacionam entre si. Era, igualmente, interessante perceber os valores dos enfermeiros em relação as pessoas com diferentes idades.

## **CONCLUSÕES**

Tal como noutras profissões, a evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças sócio-culturais filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, para uma corrente orientada, também, para o desenvolvimento moral. Os cursos de enfermagem de hoje procuram dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual e familiar. Actualmente, procura-se o equilíbrio entre os relacionais e técnicos, apesar dos enfermeiros mais velhos terem tido uma base de formação mais humanista, uma vez que a certa altura a formação tendeu a valorizar os aspectos técnicos.

A imagem tradicional da “boa enfermeira” é, assim, actualmente, questionada pois a percepção que as enfermeiras tinham do seu papel foi posta em causa. Desde Nightingale que os cuidados de enfermagem se desenvolveram e melhoraram extraordinariamente e os enfermeiros sabem, cada vez mais, atribuir a si a sua identidade profissional.

Apesar da tecnologia avançar, esta nunca poderá substituir a enfermeira/pessoa, uma vez que só essa dimensão poderá oferecer serviços que englobam todas as dimensões do ser humano (Silva, s/d). Apesar disso, a formação dos enfermeiros, nomeadamente em cuidados às pessoas idosas tem permanecido aquém da mudança social ocorrida (aumento do número de idosos) e da mudança ocorrida nas instituições e nas unidades de saúde (Costa, 1998). Talvez, esta deriva da gerontologia/geriatria durante muito tempo ter sido considerada como um sector onde trabalhavam enfermeiros de segundo categoria. A pouca formação dos enfermeiros nesta área poderá levar a que tenham imagens confusas e do senso comum sobre a velhice e o processo de envelhecimento.

Ser enfermeiro exige mais do que o simples saber e do que saber fazer. O enfermeiro deve também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo, como com o utente.

As imagens sociais mais comuns em relação aos idosos incluem aspectos positivos, tais como a maturidade, sabedoria, experiência de vida e afectividade, e aspectos negativos, por exemplo: dependente, aborrecido, senil e retrógrado. É importante sublinhar que a forma como se *fala* da velhice tem um papel importante no funcionamento das pessoas idosas, assim: quando são mencionadas como inteligentes ou competentes, o

reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Hausdorff, 1999).

Assim, e segundo o estudo verifica-se uma variabilidade pessoal na forma como percebem os idosos. Segundo Cruz *et al.* (2003: 2) “*as possibilidades de vida plena durante o envelhecimento, são restringidas não somente pelas restrições biológicas, mas as representações sociais da velhice também afectam as relações de poder e de auto-estima dos indivíduos que ultrapassam os limite etários estabelecidos como etapa produtiva de vida*”.

Por norma, estes preconceitos estão tão enraizados que acabam por se transformar em realidade ou ser confundidos com ela (Mota *et al.*, 2001). Ou seja, se o enfermeiro tem uma construção social negativa acerca do envelhecimento e da velhice, acaba por encarar o idoso como inconveniente e/ou aborrecido, lidando com os idosos a partir destes preconceitos e do que pensam que seja importante para eles, sem analisar as suas reais necessidades, sem lhes perguntar o que pensam ou desejam.

Assim, frequentemente, é fornecida menos informação aos utentes idosos do que aos mais jovens. Os dados do nosso estudo indicam que os enfermeiros não têm essa percepção, pois 47,4% dos enfermeiros inquiridos refere que ajudou o utente idoso (o que inclui a informação).

Segundo, Henderson, (1968) a busca da especificidade da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científicos próprios; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda (citado por Silva, s.d).

Tanto os idosos, como os adultos perspectivam a enfermagem de acordo com a definição e funções que teórica e legalmente lhe é atribuída, podendo assim argumentar que existe consistência social entre o que é a enfermagem e o que as pessoas esperam dos profissionais de enfermagem. Neste trabalho, as vertentes técnicas e relacionais, resumem as principais funções dos enfermeiros, na sua perspectiva conceptual e legal.

Da análise das categorias emergentes verifica-se que os envolvidos na relação (enfermeiros e idosos) tendem a centrar-se a sua postura no outro. Assim, cada um acha

que a “boa ou má” relação deriva da postura do outro, não colocando a sua postura em *causa* ou, talvez, assumindo que é a *correcta*. Apesar de presente em ambos os lados da relação parece mais patente da parte dos enfermeiros, que mencionam a forma como o idoso se relaciona com eles e as características da personalidade dos idosos. De uma forma, talvez menos explícita, o mesmo ocorre do lado dos idosos que referem a (in)competência e a (in)disponibilidade dos enfermeiros, parecendo ignorar que são parceiros nos cuidados e que a melhoria da sua situação também depende dos seus comportamentos. Os dados indicam a falta de visão interactiva. A interacção entre enfermeiro e idoso parece revelar uma postura, ainda, pouco colaborativa, isto é, a necessidade de ambos colaborarem para que a situação do idoso melhore ou mantenha a qualidade de vida parece pouco enraizada. Paralelamente, emerge outro elemento fundamental: ambos se colocam na postura de relação de ajuda, embora acentuando o papel do outro, principalmente quando corre menos bem.

Os enfermeiros parecem ter uma visão pouco técnica do seu papel junto dos idosos, dando maior relevância a vertente humana (relacional). O enfermeiro dá mais importância à vertente relacional, contudo mais centrada no comportamento do outro (idoso ou família do idoso), do que no seu comportamento (apenas a categoria “o enfermeiro sente que ajudou o idoso”).

Neste estudo, verifica-se uma complementaridade de objectivos e/ou expectativas fundamentais numa relação: o idoso quer ser ajudado e o enfermeiro quer ajudar. Este último valor é mais mencionado pelos enfermeiros do sexo masculino e é a única que coloca a ênfase da relação no enfermeiro e na satisfação que sente com o exercício da sua profissão.

Por outro lado, o idoso ao querer ser ajudado valoriza a relação humanista nos cuidados de enfermagem. O idoso só valoriza a prestação técnica de cuidados dos enfermeiros quando algum acto técnico lhes causa algum tipo de dor, sendo um dos aspectos mais valorizados pela negativa, fora isso valoriza a forma como os enfermeiros o cuida, a sua maneira de ser e de estar, esperando destes mais cuidados relacionais. Assim, tanto os valores positivos como negativos mais salientados tendem a ser simétricos centrados na relação.

Em relação aos valores emergentes no grupo dos idosos cabe ainda referir algumas variações com o género, idade, escolaridade e local de trabalho. Considerando o género,

verifica-se que as mulheres relatam mais incidentes positivos do que os homens. Em relação a idade, a incidência dos relatos negativos diminui com o aumento da idade no grupo dos idosos. Os incidentes negativos aumentam com o grau de habilitações académicas. Os idosos referem principalmente incidentes em meio hospitalar.

É de salientar a importância que a competência na relação de ajuda assume para idosos e adultos, em ambos os sexos, apesar de haver uma maior valorização por parte dos idosos. Já a incompetência na relação de ajuda tende a ser mais valorizada pelas idosas.

Idosos e adultos apresentam valores algo diferentes em relação aos enfermeiros. Enquanto os idosos valorizam a disponibilidade, os adultos salientam a competência na prestação técnica de cuidados. Os dados sugerem que os adultos têm uma perspectiva em relação aos enfermeiros mais técnica, do que os idosos, valorizando menos a competência relacional. Apesar disso, também valorizam a componente humana, principalmente por: alívio da dor, disponibilidade, atenção e justiça.

A indisponibilidade também é valorizada por idosos e adultos, por norma devido ao pouco tempo dispensado aos utentes e pela demora, acabando por ter um impacto quer na prestação técnica de cuidados, quer na relação de ajuda.

A “(in)disponibilidade” e a “injustiça” são valores fundamentais na prossecução das funções do enfermeiro. Isto é, a prestação técnica de cuidados e a relação de ajuda, necessitam de ser envolvidas num contexto de disponibilidade e justiça, que constituem pilares para a sua boa prossecução. Além disso, salientam a forte cariz relacional atribuído e exigido no exercício da enfermagem.

Por parte dos enfermeiros emerge um valor simétrico, pela positiva e negativa: características da personalidade do idoso. Os dados indicam que as enfermeiras com mais idade tendem a mencionar com mais frequência as características negativas da personalidade do idoso. Para os enfermeiros, pela negativa, emerge o valor segundo o qual os familiares não se interessam pelos seus parentes idosos, realçando a vertente de humanização de cuidados.

Para terminar, educar para os valores torna-se pois essencial no âmbito das profissões de ajuda, e a enfermagem de hoje têm *consciência* disso. A escola além de educar para a inteligência e razão, deve também educar como nos diz Lourenço (1997), para o afecto, cidadania e a emoção, os chamados três “Cs”: care (cuidar), concern (preocupar-se) and

connection (ligar-se). Os três “Cs” são especialmente relevantes no âmbito da enfermagem e dos valores.



## **BIBLIOGRAFIA**

### **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

ADAM, Evelyn (1991) – Ser Enfermeiro: um modelo conceptual. Lisboa: Editora Instituto Piaget. Coleção Medicina e Saúde. ISBN 972-9295-86-7.

AGREDA, José, et al (1999) – Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica. Sinais Vitais. Editora Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-03-4.

ALENCAR, Raimunda (2001) – O Envelhecimento em Questão. Publicado na Informativa da Associação dos Aposentados da CEPLAC. Ano V. 19 de Out-Nov.

ALMEIDA, Fernando N. (1995) – Psicologia para Gestores – Comportamentos de sucesso nas organizações. Editora McGraw-Hill. Portugal, Lda. ISBN 972-8298-01-3.

ALMEIDA, Maria de Lurdes Ferreira (1999) – Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento. In: Referência, nº3, Nov.

ARANTES, Paula (2003) – Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária. In: Sinais Vitais, nº48, Maio. Coimbra. ISSN 0872-8844.

ARGYRIS e SCHON, D. (1974) - Theory in Practice, Increasing Professional Effectiveness. S. Francisco: Jossey Bass.

ASSMAR, Eveline Maria Leal- A experiência da injustiça na vida diária: uma análise preliminar em três grupos sociais [scielo]. [citado em 16 de Abril de 2006]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/scielo>

BAPTISTA, S.S. ; BARREIRA, I.A. (1997) – A luta da Enfermagem por um espaço na Universidade. Rio de Janeiro.

BARROS, Myriam Lins de (1987) – Autoridade e afectos – avós, filhos e netos na família Brasileira. Rio de Janeiro: Zahar.

BASTO, M. (1991) – Cuidados de Enfermagem em Portugal: o como e o porquê? In: Servir, vol. 39 (2), pp. 75-80.

BASTO, Marta L. (1993) – Valores profissionais: Opções a fazer. In: Enfermagem em Foco. S.E.P. Ano III. Fevereiro/ Abril, nº 10. ISSN 0871-8008.

BEAUVOIR, Simone de (1990) – A velhice. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira. 4ª Impressão.

BERGER, L. et al. (1991). Soins Geriatriques, problèmes complexes et interventions autonomes. Montréal: Ed. Maloine.

BERGER, Louise; MAILLOUX- POIRIER, Danielle. (1995) - Pessoas Idosas- uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-87.

BIZE, P.R.; VALLIUR, C. (1985) - Uma vida nova: A terceira idade. Lisboa: Edição Verbo.

BOOF, Leonardo. (1999) - Saber Cuidar: Ética do Humano- compaixão pela terra. Petrópolis.

BRUM, Ana Karine Ramos; SOUZA, Sónia Sousa Regina (2002) - Oficina de sensibilização para o envelhecimento: uma acção de enfermagem. Rio de Janeiro: Textos Envelhecimento. Vol 4. (8). ISSN 1517-5928. [scielo] [citado em 25 de Novembro de 2005]. Disponível em URL: <http://www.Unati.uerj.br./tse/scielo>

BUSSE, Wald W.; BLAZER, D. (1999)- *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-486-8.

CALADO, Natacha Matos (S/d). *Envelhecer na Sociedade Actual* [citado em 16 de Abril de 2003]. Disponível em URL:<http://www.projectotio.net/artigos/envelhecer>.

CASTRO, F. et al (1999)- *Construcción psicológica da la identidad regional: tópicos y estereótipos en el processo socialización el referente a Extremadua*. Badajoz: Gráfica Disputación. Providencial de Badajoz. ISBN 84-7796-007-0.

COLLIÉRE, Maria Françoise (1989) – *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos enfermeiros Portugueses. Out. ISBN 972-95420-0-7.

COSTA, A. Bruto (1993) – *Pobres Idosos*. Instituto Nacional de Estatística Estudo Demográfico. Nº 31, pp. 91-105.

COSTA, A.E. et al. (1995) – *Os pré-juízos e a tradição na enfermagem*. In: *Escola de Enfermagem U.S.P.*, vol. 29 (3).

COSTA, Maria Arminda S. Mendes Costa (1998) – *Os idosos nos caminhos (e descaminhos...) da formação dos enfermeiros*. Lisboa: Editora Fim de Século. In: *Geriatria*. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, Maria Arminda Mendes Costa. (1998) - *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, Maria Arminda et al. (1999) – *O Idoso: Problemas e Realidades*. Sinais Vitais. Coimbra: Editora Formasau. ISBN 972-8485-03-4.

COSTA, Maria Arminda S. Mendes (2000) – Formação e Práticas Geriátricas dos Enfermeiros: estudo etnográfico numa unidade de Medicina. Dissertação de Mestrado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

DINIZ, Mellisa (S/d)- Preconceito em relação ao idoso prejudica atendimento hospitalar. [unifesp] [citado em 1 de Outubro de 2005] Disponível em URL: <http://www.unifesp.br>.

DONAHUE, M. Patrícia (1985) – Historia de la enfermeria. Madrid: Editora Harcaut. ISBN 84-7592-239-2.

ELLIS, Janice Rider; HARTLEY, Célia Love (1995) – Enfermagem Contemporânea: Desafios Questões e Tendências. São Paulo: Editora Artes Médicas. 5º Edição. Brasil. ISSN 0 – 397-55177-0.

FERNANDES, Purificação (2000) – A Depressão no Idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da Depressão. Coimbra: Quarteto Editora.

FERREIRA, P.C.A. (1985)- Manual de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Brasileira de Medicina.

FERREIRA, Susana; PINTO, Soraia (2002) – Gerontologia: Formação em Enfermagem. In: Sinais Vitais, nº 45, Nov. ISBN 0872-8844, pp.49-52.

GADAMER, M.G. (1997) – Verdad y metodo: fundamentos de una hermenêutica filosófica. Salamanca: Orteja.

GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques (1991) – Valores dos docentes versus valores dos alunos: Estudo Exploratório descritivo realizado numa Escola de Enfermagem. Coimbra.

GOMES, Maria Delmina Pinto da Cunha (1995) – Representações dos enfermeiros sobre as práticas de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Área de Formação e Desenvolvimento para a Saúde. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências de educação.

GOMES, Idalina Delfina (2000) – A Enfermagem no Mundo de Hoje. In: Pensar Enfermagem, vol. 4 (1), 1º Semestre. ISSN 0873-8904-55-58.

GOMES, Idalina Delfina (2002) – O Conceito de Parcerias no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso: “ O Erro de Narciso”. Dissertação de Mestrado em Comunicação de Saúde. Universidade Aberta de Lisboa.

GOMES, Idalina, Delfina (2003) – O doente Idoso como Parceiro no Processo de Cuidados de Enfermagem. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde. In: Pensar Enfermagem, vol 7 (2), Setembro, pp. 15-33.

GUSTAVE, N.F. (1992) – A Dinâmica Social: violência, poder, mudança. Maneta ISPA. Lisboa.

HEESBEN, Walter (2000) – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.

HONORÉ, B. (1992) - L'Hôpital et son projet d'entreprise. Toulouse: Ed.Privat.

LAZURE, H. (1994) – Viver a Relação de Ajuda .Lisboa: Lusodidacta.

LEHR, Úrsula; THOMAE, Hans (2003) - Psicologia de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona: Hélder Editorial. ISBN: 84-254-2263-9.

LIMA, António Pedroso; VIEGAS, Susana de Matos (1988) - A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria velhice. In: Psicologia, vol.6 (1), pp. 149-158.

MARQUES, Maria Isabel Dias (1999) – Os cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado. In: Referência, nº3, Novembro.

MARTINHO, Ana Maria P. Rebelo (2001) – Enfermagem agora: concepção de cuidados de enfermagem a idosos na perspectiva do enfermeiro. Trabalho elaborado no âmbito do CESE em Saúde ao Idoso e Geriátrica- E.S.E. Francisco Gentil. Enfermagem nº22. 2ª Série.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (s/d) - Envelhecimento Demográfico. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. [citado em 22 de Novembro de 2005]. Disponível em URL: [http://www.Envelhecimento %20 Demográfico.htm](http://www.Envelhecimento%20Demográfico.htm)

MARTINS, Rosa Maria Lopes (s/d) - Que contributos face ao desafio do envelhecimento? Escola Superior de enfermagem de Viseu [citado em 22 de Novembro de 2005]. Disponível em URL: [http://www.ipv.pt/milleniun/Milleniun 30/17.pdf](http://www.ipv.pt/milleniun/Milleniun%2030/17.pdf).

MARTINS, Rosa Maria Lopes; RODRIGUES, Maria de Lurdes Martins (S/d) - Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. [citado em 22 de Novembro de 2005]. Disponível em URL: [http://www.ipv.pt/milleniun/Milleniun 29/32.pdf](http://www.ipv.pt/milleniun/Milleniun%2029/32.pdf).

MELEIS, A, (1991) - Theoretical Nursing: Development and Progress. 2ªEd. New York: J.B.Lippincott Company.

MELO, Ana C.M Romano F. Pereira. (1998) - A Competência do Enfermeiro a Cuidar do Idoso: a opinião dos idosos e dos enfermeiros. In: Servir, vol.46 (5), Setembro/Outubro.

MICHAEL, Lima; RAIMUNDO, Maria João (2002) - Cuidar do idoso: Os cuidados que prestamos, às Pessoas que somos! In: Servir, vol.59 (4), Julho/Agosto.

MINOIS, G. (1987)- História de la Vejez: De la Antigüedad al Renacimiento. Madrid: Editorial Nerea. S.A.

MIRANDA, José; MIRANDA, Laurinda (1998) - Às Representações que o Enfermeiro têm do Idoso. In: Sinais Vitais, nº19, Julho. ISSN 0872-8844, pp. 21-25.

MONIZ, José Manuel Nunes (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.

MONTEIRO, Pedro Paulo (S/d) - Envelhecimento: Rumo ao Novo Paradigma [citado em 1 de Março de 2005]. Disponível em URL: [http:// Pedropaulomonteiro.com](http://Pedropaulomonteiro.com).

MOTA, Célia et al (2001) – O Idoso na Sociedade Actual. E.S.E.B.B. 2º Curso Complemento de formação em Enfermagem. Coimbra. Maio.

NERI, Anita Liberalesso (2001) – Envelhecimento e Qualidade na Mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia.

NERI, Anita Liberalesso; FREIRE, Sueli Aparecida (2000) – E por falar em boa velhice. Campinas, S.P.: Papipus Editora. ISBN 85-308-0597-6.

NETO, Emílio A. Jeckel; CRUZ, Ivana B.M. (2000) – Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento. Porto Alegre: Editora Edipucrs. ISBN 85-74-30-163-9.

NETTO, Matheus (1996) – Gerontologia e o Problema do Envelhecimento: Visão Histórica. São Paulo: Atheneu.

ORDEM, dos Enfermeiros (2003) – Código Deontológico do Enfermeiro - anotações e comentários. Edição: Ordem dos Enfermeiros. Maio. Depósito Legal nº 19552/03.

ORDEM, dos Enfermeiros. Reflexões - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 10 de Maio de 2005. [citado em 16 de Maio de 2006]. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php>.

PADILHA, M.I.C.S. (1998) – A Mística do Silêncio - A Enfermagem na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro no Séc. XIX. Pelotas: Ed. Universitária.

PAGE, M.(1994) – Os Cuidados de Saúde Primários: O Centro de Saúde na Periferia do Sistema de Saúde Português. Trabalho de Seminário apresentado ao Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa. Lisboa.

PAÚL, Maria Constança (1997) – Lá para o Fim da Vida: Idoso, Família, e Meio Ambiente. Coimbra: Editora Almedina.

PEDROSA, Aliete (2002) – Os cuidados na doença e os serviços assistenciais desde as origens até finais da Idade Média. In: Referência, nº 9, Novembro. ISSN 0874-0283.

PONTES, Fátima (2002) – Enfermagem Transcultural: Um Sub-campo a Explorar. In: Sinais Vitais, nº44, Setembro. ISSN 0872-8844, pp. 9-21.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Directiva nº 77/453.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 6/943, de 16 de Setembro de 1920 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 32/171, 1942 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 36/219, de 10 de Abril de 1947 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 46/444, de 20 de Julho de 1965 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 48/166, de 27 de Dezembro de 1967 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).



PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 61/78, de 14 de Março de 1978 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 320/87, de 27 de Agosto de 1987 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro de 1991 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro de 1996 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 115/97, de 19 de Maio de 1997 (Lei de Base da Carreira de enfermagem).

PIMENTEL, Luísa (2001) – O Lugar do Idoso na Família. Coimbra: Quarteto Editora.

QUIVY, Raimond; CAMPEHOUDT, Luc Van (1992) – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gravida.

RAIMUNDO, Maria João; LIMA, Michael (2002) – Cuidar do idoso: os cuidados que prestamos, as pessoas que somos! In: Servir. Vol.59 (4), Julho/Agosto.

RAVINEL, Hubert de (1987) – Nous sommes tous des vieux, dans le vieillissement. Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorim Bégin, nº1, 3ª Ed.. Québec.

REBELO (1996) – Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem : contributo para a análise das representações para a obtenção de grau de Mestrado em Ciências da Educação – Área de Pedagogia da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa.

REBELO, Ângela, Menezes (1996) – Prestadores de cuidados Informais. In: Revista Portuguesa de Medicina Geriatria, Ano IV, vol. 6 (81), Janeiro.

RIBEIRO, F. (1995) – Cuidar e Tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Lisboa: Educa.

RISPAIL, Dominique. (2003) - Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem de desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-42-8.

ROACH, Sally S. (2003) – Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

RUIPÉREZ, Isidoro *et al.* (1998) – Geriatria: Guias Práticos de Enfermagem. McGraw- Hill. ISBN 85-86804-10-X.

SALGUEIRO, Gabriela (S/d) - As mulheres e o envelhecimento. Coleção Informar as Mulheres, nº 8.

SANTOS, Antónia (2002) – O Imaginário do envelhecer: desaprendendo mitos, preconceitos e ideias erronéas. Novembro de 2005. ISSN 1668-39-35. [Tiempo: el portal de la psicogerontología]. [citado em 25 de Novembro]. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/>

SANTOS, Cláudia B.; LUCHESI, Luciana Barizon (S/d) - A imagem da enfermagem frente aos estereótipos : uma revisão bibliográfica. [scielo] [citado em 12 de Fevereiro de 2006]. Disponível em URL: <http://www.proceedings.scielo.br>.

SANTOS, Silvana Sidney Costa (2001) – Envelhecimento : Visão Filosófica de Personagens da Antiguidade Oriental e Ocidental. In: Rene, vol.2 (1), Janeiro/Julho. [citado em 22 de Novembro de 2005]. Disponível e URL: <http://wwwodontologia.com.br>.

SILVA, Daniela Marques (s/d) - Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. [citado em 16 de Maio de 2006]. Disponível em URL: <http://www.ipu.pt/milleniun/Milleniun/26-24.htm>.

SOUSA, Maria Augusta (2006) – “Tendência neoliberal conduz à inexistência de uma política integrada”, comunicação apresentada no auditório da Ordem dos Médicos, Fevereiro, Portugal. [citado em 16 de Abril de 2006]. Disponível em URL: <http://www.medi.com.pt/medicom/outrosartigos>.

SOUSA, Maria Manuela Barreiros (2003) – Mudança na formação ou formação em mudança?- Breve reflexão. In: Servir, vol.51 (1), Janeiro/ Fevereiro. ISSN 0871/ 2370.

TAVARES, Jorge (2002) – O Idoso e a sociedade, que realidade: contributos da enfermagem. In: Servir, vol. 50 (3), Maio-Julho. ISSN 0872-2370.

TONEY, Ann Marrier; ALLIGOOD, Martha Raile (1999) – Modelos e teorias de enfermagem. Madrid: Editora Harcourt, 4ª edição. ISBN 84-8174-348-8.

VARELA, Paulo; CARVALHO, Eva (2002) – À Terceira Idade... Um Final de Vida Inseguro . In: Sinais Vitais, nº45, Nov. ISSN 0872-8844.

WATSON, Jean (2002) – Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Lusociência. Camarote. ISBN-972-8383-33-9, pp.59 -66.

## METODOLOGIA

APONTE, H. (1985) - The negotiation of values in therapy. Family Process, 24, pp. 323-338.

AMADO, João da Silva (1995) – A técnica de análise de conteúdo. Lisboa, pp.33-34.

AMADO, João da Silva (2000) – A técnica de análise de conteúdo. In: Referência nº5 Novembro.

BARDIN, Lourence (1997) – Análise de conteúdo. 2ª ed. Lisboa: Editora 70.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRRER, Danielle (1995) – Pessoas Idosas: uma abordagem global. Lusodidacta. ISBN 972-95399-87.

COLLIÉRE, Maria Françoise (1989) – Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos enfermeiros Portugueses. Out. ISBN 972-95420-0-7.

COSTA, Maria Arminda Mendes Costa (1998) – Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Fim de Século Edições Lda. ISBN 972-754-125-9.

CUDDY A, FISKE S. (2002) - Doddering but dear: process: content and function in stereotyping of older persons. In: Todd N, ed. *Ageism*. Cambridge: Bradford Books. pp. 3-26.

CRUZ, J. *et al.* (2003) – Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus-tratos no espaço familiar. [citado em 16 de Fevereiro de 2006]. Disponível em URL: <http://www.unati.uerj.br>.

CURRY L. Stone, J.(1995) – Understanding elder abuse: The social problem of the 1990s. *J Clin Geropsychol*, (1), pp.147-156.

DESHAIES, Bruno (1997) – Metodologia de Investigação em Ciências Humanas. Lisboa: Instituto de Piaget. ISBN 972-8329-95-4.

ESTRELA, Maria Teresa; ESTRELA, Albano (1994) – A técnica dos incidentes críticos no ensino. 2ª ed. Revista e ampliada. Lisboa: Estampa (temas pedagógicos).

ESTRELA, Maria Teresa; ESTRELA, Albano (1978) – A técnica dos incidentes críticos no ensino. Lisboa: Estampa.

ESTRELA, Maria Teresa; ESTRELA, Albano (1968) – Essai d'application de la technique des incidents critiques a la formation des enseignants: perspectives du changement de l'attitude et du comportement. Thèse pour le Doctorat de Troisième cycle en Sciences de l'Éducation. Caen.

FERREIRA, Manuela et al (1998) – Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

FLANAGAN, J. (1954). The critical incident technique. Psychological Bulletin, (51), pp.327-355.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O Processo de Investigação: Da Conceção à Realização. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X, pp. 235-240.

GIL, António Carlos (1989) – Métodos e técnicas de pesquisa social. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas.

GONÇALVES, P. (2004) – A relação do enfermeiro com o doente idoso hospitalizado. In: Nursing, nº 188, Maio.

GATZ M. Pearson C. (1988) - Ageism revised and provision of psychological services. Am Psychol, (43), pp.184-189.

HAUSDORFF, J. (1999) - Positive talk about elderly can have an effect on they function. J Am Geriatr Soc., (22), pp.13-28.

LE BRIS, H. (1994) - Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias. Lisboa: Conselho Económico e Social.

LOURENÇO, Orlando (1997) – Enfermagem, valores e desenvolvimento: que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? In: Nursing, ano 9, (107), Janeiro. pp. 7-14.

MARQUES, M. (1999) – Os cuidados de enfermagem na perspectiva do utente hospitalizado. In: Referência, (3), Novembro.

MARQUES, M. (2000) – Percepção “significativa” dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. In: Referência, (5), Novembro.

MELO, A. (1998) – A competência do enfermeiro no cuidar do idoso e dos enfermeiros. In: Servir, vol. 46 (5), Janeiro/Fevereiro. ISSN 0871/2370.

MILES, M.; HUBERMAN, A. (1984) - Qualitative data analysis. Beverly Hill: Sage.

MORRISON, Paul (2001) – Para compreender os doentes: os doentes avaliam os serviços prestados no hospital. Lisboa: Climepsi Editores. Outubro.

MOTA, Célia et al (2001) – O Idoso na Sociedade Actual. E.S.E.B.B. 2º Curso Complemento de formação em Enfermagem. Coimbra. Maio.

NOLAN, M. (2001) - Working with family carers: towards a partnership approach. Reviews in Clinical Gerontology, (11), pp. 91-97.

OMS (1985) – Metas de Saúde para todos. Copenhague, Bureau Regional para a Europa.

PALMER B. Jeste D. Sheikh J. (1997) - Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. J. Affective Disord, (46). pp. 183-190.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadett P. (1985) - Investigación científica en ciências de la salud, 2ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadett P. (1991) - Investigación científica en ciências de la salud, 3ª ed., México: McGraw-Hill.

SMITH, Katharine ; VOGEL, Arthur (2003) – A prestação de cuidados. In: Servir, vol.51 (1), Janeiro/Fevereiro. ISSN 0871/2370.

SOUSA, L., Figueiredo, D. & CERQUEIRA, M. (2004) – Envelhecer em família. Porto: Ambar.

SOUSA, L. & CERQUEIRA, M. (2005) – As imagens da velhice em diferentes grupos etários: um estudo na população portuguesa. Brasil: Kairós, vol.8 (2), pp.189-206.

TAVARES, Jorge (2002) – O Idoso e a sociedade, que realidade: contributos da enfermagem. In: Servir, vol. 50 (3), Maio-Julho. ISSN 0872-2370.

TRIPP, D. (1993) - Critical incidents in teaching. London: Routledge.

ZARIT, S.; REEVER, K.; BACH-PETERSON, J. (1980) - Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, (20). pp. 649-655.

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

## Enfermeiro

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Enfermeiro:  Hospital  Lar  Centro de Saúde  Clínica

Idade do Idoso: \_\_\_\_\_

Por favor, relate uma ou mais situações, que tenham ocorrido com um idoso e que lhe tenham ficado gravadas na memória, indicando se a experiência foi positiva ou negativa.

Positivo  Negativo

## **ANEXO II**

## População Adulta

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Enfermeiro:  Hospital  Lar  Centro de Saúde  Clínica

Idade do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade:  Nenhum  4º ano  6º ano  9º ano  Ensino secundário  Ensino Superior

Profissão:

Por favor, relate uma ou mais situações, que tenham ocorrido com um enfermeiro e que lhe tenham ficado gravadas na memória, indicando se a experiência foi positiva ou negativa.

Positivo  Negativo

## **ANEXO III**

## Idosos

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Enfermeiro:  Hospital  Lar  Centro de Saúde  Clínica

Idade do Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade:  Nenhum  4º ano  6º ano  9º ano  Ensino secundário  Ensino Superior

Profissão anterior: \_\_\_\_\_

Índice de Barthel: \_\_\_\_\_

Por favor, relate uma ou mais situações, que tenham ocorrido com um enfermeiro e que lhe tenham ficado gravadas na memória, indicando se a experiência foi positiva ou negativa.

Positivo  Negativo

## **Avaliação Funcional do Idoso**

### Índice de Barthel

#### **1. Intestinos**

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres).
- 5- Acidente ocasional (uma por semana).
- 10- Continente.

#### **2. Bexiga**

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização.
- 5- Acidente ocasional (uma por dia).
- 10- Continente (há mais de 7 dias).

#### **3. Higiene pessoal**

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais.
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos).

#### **4. Uso da sanita**

- 0- Dependente.
- 5- Necessita de alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho.
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se).

#### **5. Alimentação**

- 0- Incapaz.
- 5- Necessita de auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.
- 10- Independente.

## **6. Transferência**

- 0- Incapaz – sem equilíbrio sentado.
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se.
- 10- Ajuda menor (verbal ou física).
- 15- Independente.

## **7. Mobilidade**

- 0- Imóvel.
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física).
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, por ex. bengala).

## **8. Vestir**

- 0- Dependente.
- 5- Necessita de ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda.
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

## **9. Escadas**

- 0- Incapaz.
- 5- Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares).
- 10- Independente no subir e descer.

## **10. Banho**

- 0- Dependente.
- 5- Independente (ou no duche).

**Total:** (0 – 100).



# **ANEXO IV**

## **Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos idosos**

### **1.(In)competência na prestação técnica de cuidados**

Os inquiridos entendem por esta categoria: colocação de sondas e outros, administração terapêutica, auxílio nas necessidades humanas básicas, puncionar, actos técnicos.

1.1. **Competência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados sem dor, com rapidez e acarretando bem-estar.

1.2. **Incompetência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados causando dor, com lentidão e acarretando mal-estar.

### **2. (In)competência na relação de ajuda**

Por esta categoria os inquiridos entendem: ser carinhoso (amável, compreensivo e brincalhão); ou, então, ser indiferente ou verbalmente agressivo; fazer juízos de valores; e, não atender a fé do idoso.

2.1. **Competência na relação de ajuda:** os enfermeiros demonstram ser atenciosos e/ou carinhosos.

2.2. **Incompetência na relação de ajuda:** os enfermeiros são agressivos e pouco carinhosos.

### **3. (In)disponibilidade**

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre (in)disponibilidade, que vão além das funções do enfermeiros: conversar, fazer ensinamentos e explicar todos os procedimentos.

#### **3.1. Disponibilidade**

Conversar, fazer ensinamentos, explicar os procedimentos.

#### **3.2. Indisponibilidade**

Não conversar, não realizar ensinamentos, não explicar os procedimentos.

## **Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos adultos**

### **1.(In)competência na prestação técnica de cuidados**

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre: colocação de cateteres; sondas; administração terapêutica; e realização de procedimentos técnicos.

1.1. **Competência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados sem dor, com rapidez e acarretando bem-estar.

1.2. **Incompetência na prestação técnica de cuidados:** os actos técnicos indicados são realizados causando dor, com lentidão e acarretando mal-estar.

### **2.(In)competência na relação de ajuda**

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre: ser carinhoso ou, então, ser indiferente ou verbalmente agressivo; (in)compreensão; simpatia/antipatia; arrogância.

2.1. **Competência na relação de ajuda:** Ser-se carinhoso, simpático, falar com, fazer companhia, compreensão.

2.2. **Incompetência na relação de ajuda:** Ser-se arrogante, falta de compreensão.

### **3. (In)disponibilidade**

Nesta categoria incluem-se os relatos sobre (in)disponibilidade, que vão além das funções do enfermeiros: proximidade, desleixo, demora, (in)flexibilidade nos horários de visitas, conversar, fazer ensinamentos e explicar todos os procedimentos.

3.1. **Disponibilidade:** Conversar, fazer ensinamentos, explicar os procedimentos, dar os medicamentos.

3.2. **Indisponibilidade:** Desleixe, demora, inflexível no horário das visitas.

### **4. Injustiça**

Esta categoria refere-se a: ralar sem razão; acusar, sem razão, o utente de não estar a aderir aos tratamentos; ser simpático, quando se está com outras pessoas, e agressivo quando se está com o doente.

## **Categorias emergentes dos incidentes relatados pelos enfermeiros**

### **1. Relação que o utente mantém com o enfermeiro**

Inclui relatos sobre a forma, mais ou menos carinhosa e/ou agressiva, como os idosos se relacionam com os enfermeiros.

1.1. **Carinhosa:** inclui os relatos sobre situações em que o idoso é carinhoso.

1.2. **Agressiva:** incidentes em que o utente é arrogante, culpa os enfermeiros pelo atraso das consultas, é teimoso, impaciente, desconfiado e/ou “chama nomes” aos enfermeiros.

1.3. **Não segue as indicações do enfermeiro:** o utente não segue as indicações dadas pelo enfermeiro, podendo, até, mentir acerca do assunto.

### **2. Características da personalidade dos idosos**

Inclui os relatos que se referem a características (des)agradáveis da personalidade ou forma de ser do idoso.

2.1. **Simpática:** o idoso é simpático, tem força interior, gosta de conversar sem ser chato, colabora e é amigo dos outros doentes.

2.2. **Inconveniente e/ou aborrecido:** o idoso é inconveniente, chato, aborrecido e/ou inoportuno.

### **3. Familiares do idoso não se interessam**

Esta categoria entende-se que: a família, de alguma forma, rejeita ou é negligente com o idoso, por exemplo, não o visitando ou não cuidando da sua higiene.

### **4. Enfermeiro sente que ajudou o idoso**

Esta categoria faz menção à relação que o enfermeiro tem com o idoso, sentindo-se prestável.

### **5. Outros**

Inclui categorias que só emergiram uma vez: independência funcional; condições de vida precárias; crenças religiosas que impedem a prestação de cuidados.