

# Crenças dos Enfermeiros Acerca do Envelhecimento Humano

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida \*



Apoiando-se na filosofia de que cada pessoa tem as suas próprias percepções da realidade que a envolve, e cada um constrói a sua própria realidade, havendo tantas realidades diferentes quantos os indivíduos, este estudo procura conhecer as crenças no envelhecimento, com base na pluralidade das opiniões expressas pelos enfermeiros.

A autora conclui que os enfermeiros mantêm algumas crenças em relação aos idosos e que emergem da análise dos dados. Dos resultados obtidos evidenciam-se: *ser idoso é ser dependente; o envelhecimento implica perda de capacidades; os idosos doentes são rejeitados pela família; a maioria dos idosos sofre de solidão.*

## Introdução

As condutas humanas são intencionais e inspiradas, conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, fora das quais não podem ser compreendidas. A visão do mundo, da sociedade ou da vida, a esperança de um êxito ou a percepção de um fracasso, a definição do que está em jogo num conflito ou ainda a imagem que se tem dos outros actores são outros tantos elementos que podem interferir na explicação da acção humana (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992).

Segundo SANTOS (1990: 55-56), "*todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum*", pois reconhece-se que este tem algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. Ainda segundo o mesmo autor, "*o senso comum é prático e pragmático, reproduz-se colado*

*às trajectórias e às experiências de vida de um dado grupo social*".

Parece, assim, que o conhecimento científico e o conhecimento "do senso comum" se interpenetram, tornando-se difícil estabelecer a sua distinção hierárquica. Estamos perante uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social. Aqui o social intervém pelo contexto concreto onde estão situadas as pessoas e grupos, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelos quadros de apreensão que fornecem a sua bagagem cultural, pelos códigos, valores e ideologias ligadas às posições ou pertenças sociais específicas (JODELET, 1984).

Esta abordagem introduz-nos numa perspectiva em que o conhecimento é, em grande parte, auto-conhecimento, dando relevância às trajectórias de vida, pessoais e colectivas, aos valores e crenças que cada um interiorizou, que são a prova íntima desse conhecimento.

\* Enfermeira, Mestre em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca..

As crenças, num sentido particular, designam o conjunto das representações colectivas que são aceites como verdadeiras por uma dada sociedade ou grupo, sem terem sido verificadas ou comprovadas pelos seus membros. Podem resultar de uma opinião comum considerada por todos como uma evidência (BIROU, 1978).

COLLIÈRE (1989) considera as crenças como uma forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida. Construídas, inicialmente, por tentativa e erro, elaboraram-se em relação ao que se considera *Bom* ou se pensa que é *Mau* para que prossiga e continue a vida de um determinado grupo, num dado ambiente.

Para BERGER (1995), uma crença é uma informação ou um conjunto de informações sobre um assunto ou sobre as pessoas. É determinante das nossas atitudes, das nossas intenções e dos nossos comportamentos e forma-se a partir das informações que recebemos, sejam elas directas (factos observados) ou indirectas (televisão, rádio, jornais).

Com base nestas perspectivas e para um melhor conhecimento e compreensão da realidade actual no contexto da enfermagem, apresentamos neste artigo uma síntese dos resultados de um estudo que realizámos orientado pelos seguintes objectivos:

- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre “*ser velho*”, “*ser idoso*”, a velhice e o envelhecimento;
- Esboçar um quadro interpretativo, o mais ajustado possível, das crenças no envelhecimento, com base na pluralidade das opiniões expressas pelos enfermeiros de cinco unidades de internamento de um hospital na região centro do país.

## Metodologia

A opção por uma metodologia de carácter qualitativo teve por base o tipo de estudo que pretendíamos realizar, a natureza do problema e as questões de investigação que enunciámos, uma vez que este tipo de abordagem, como escreve BERNIER (1987), citado por LESSARD-HÉRBERT *et al.*, (1994: 46), parte da convicção segundo a qual «*não existe*

*melhor porta de entrada para as realidades humanas e as práticas sociais do que as interpretações que os indivíduos formulam (...). A melhor forma de basear ou de rebasear o conhecimento das realidades sociais seria a de partir dos saberes de senso comum que todos os indivíduos possuem relativamente à sua própria realidade, à sua própria história e ao seu próprio local de inserção no campo social*». Quer dizer, o significado que os enfermeiros dão ao envelhecimento são o foco de atenção do pesquisador, que procura captar a perspectiva dos participantes.

Da mesma forma GAUTHIER (1987), citado por LESSARD-HÉRBERT *et al.*, (1994 :47), sublinha que a investigação qualitativa visa o estudo e a interacção com as pessoas no seu terreno, através da sua linguagem, sem que se verifique o tradicional distanciamento que as levaria “*ao emprego de formas simbólicas e estranhas ao seu meio*”.

Considerando a natureza das informações que pretendíamos apreciar, a entrevista constituiu a técnica central para a aquisição da informação.

O tratamento da informação obtida foi feito através da análise de conteúdo.

Para a definição da nossa amostra considerámos um total de 25 enfermeiros, de cinco unidades de internamento de um hospital do centro do país. Participaram no estudo todos os enfermeiros que se encontravam no serviço no horário 8-16 horas ou 16-24 horas, nos dias destinados à entrevista, independentemente do sexo ou categoria profissional do eventual entrevistado, tornando-se assim uma amostra de conveniência.

## Apresentação e discussão dos resultados

Tendo em conta os temas a explorar (concepção de envelhecimento, concepção de “*ser velho*”/“*ser idoso*”, concepção de velhice e atributos da velhice), os dados são apresentados em quadros, a fim de melhor os evidenciar. Em cada um é reproduzida a frequência atribuída às categorias e/ou subcategorias identificadas. A discussão dos resultados é feita em simultâneo e sempre que consideramos elucidativo apresentamos extractos de entrevistas representativos.

## O envelhecimento

O conceito de envelhecimento é construído a partir de uma pluralidade de elementos como, valores, padrões de comportamento, sistema moral, costumes e experiências prévias de cada pessoa. Essas experiências poderão ter origem quer na formação de cada um, quer no contacto com membros da família ou com amigos idosos.

Da análise dos dados das entrevistas (Quadro 1), emerge uma concepção de envelhecimento como um *processo fisiológico*, enquanto fase do ciclo de vida:

*“O envelhecimento tem a ver com o aspecto físico da pessoa, com características físicas como por exemplo as rugas; os órgãos também não funcionam tão bem como numa pessoa mais jovem, porque já funcionaram muito”.*

A maioria dos enfermeiros entende o envelhecimento como um fenómeno meramente biológico, mas os inúmeros estudos em gerontologia social, elaborados com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento, permitem-nos dizer que o ser humano também envelhece no plano social, opinião reforçada pelas palavras de uma enfermeira:

*“O envelhecimento é uma fase de mudança em que a pessoa vai ter transformações típicas da própria idade a nível dos papéis que desempenha e do próprio emprego” e opina “ que o envelhecimento psicológico, nos dias de hoje é o que traz mais alterações”* responsabilizando a sociedade por valorizar *“quem tem maior força e quem tem altos cargos”*, bem como *“a vida dos nossos dias com o stress”*.

Quadro 1 – O envelhecimento

| Subcategorias                    | Total Subcat |
|----------------------------------|--------------|
| Processo fisiológico             | 18           |
| Processo de perda a nível físico | 14           |
| É caminhar no tempo              | 13           |
| É social                         | 8            |
| É psicológico                    | 6            |
| Período de transição             | 2            |

## Ser velho / ser idoso

Analisadas as concepções dos enfermeiros sobre *“ser velho”* e *“ser idoso”*, verificamos que para uns são sinónimas, enquanto que para outros adoptam significados diferentes.

Em relação à distinção dos termos, um enfermeiro define-os claramente:

*“Idoso é uma concepção mais técnica, mais fria, é a pessoa que atinge 65 anos, que recebe a sua reforma depois de descontar toda uma vida para a segurança social.*

*Velho é a pessoa que acumulou conhecimentos, é a pessoa que teve netos, bisnetos, que passou toda a sua vida a trabalhar, que ensinou o que sabia, ensinou pessoas a trabalhar. O velho para mim é mais Pessoa”.*

Dada a semelhança das respostas sobre a percepção dos enfermeiros *sobre “ser velho”* ou *“ser idoso”* (Quadros 2 e 3), agrupámos as mesmas em duas categorias, que apontam para uma concepção funcional e cronológica.

O maior número de indicadores encontrados, diz respeito a uma concepção de *“ser velho”* orientada por um padrão funcional, na sua vertente física, onde obtêm maior número de indicadores as subcategorias *ser dependente, ter perda de capacidades, ter o corpo gasto*.

Quadro 2 – Ser Velho

| Categorias                      | Subcategoria                   | Total Subcat. | Total Categ. |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------|
| Funcional                       | • <b>Físico</b>                |               |              |
|                                 | – Ser dependente               | 12            |              |
|                                 | – Ter perda de capacidades     | 12            |              |
|                                 | – Ter o corpo gasto            | 10            |              |
|                                 | – Conotado com a doença        | 6             |              |
|                                 | • <b>Mental</b>                |               |              |
|                                 | – É um estado de espírito      | 14            |              |
|                                 | – Saber adequar as actividades | 8             |              |
|                                 | • <b>Social</b>                |               |              |
|                                 | – Estar isolado                | 4             |              |
| – Ser menos activo na sociedade | 4                              |               |              |
| – Ter mais experiências sociais | 2                              | 72            |              |
| Cronológica                     | – É uma questão de idade       | 10            |              |
|                                 | – Não depende da idade         | 6             | 16           |

Quadro 3 – Ser Idoso

| Categorias  | Subcategoria   | Total Subcat. | Total Categ. |
|-------------|--|---------------|--------------|
| Funcional   | • <b>Físico</b><br>– Ter as capacidades físicas diminuídas | 9             |              |
|             | • <b>Mental</b><br>– É psicológico                         | 3             |              |
|             | • <b>Social</b><br>– Ser reformado                         | 7             |              |
|             | • <b>Familiar</b><br>– Precisar de muito apoio da família  | 2             | 21           |
| Cronológica | – Ter muita idade  | 12            |              |
|             | – Ter mais de 65 anos                                      | 7             | 19           |

*Ser velho* é conotado com *ser doente* por 6 entrevistados. A este respeito apraz-nos fazer referência a PEREIRA (1993), que escreve que a doença constitui um entre outros acontecimentos que perturbam o normal funcionamento da sociedade, que coloca num extremo a doença e noutro a saúde, respectivamente infortúnio, desordem e desequilíbrio, ou ordem harmoniosa nas relações do indivíduo com os outros e com o mundo.

Na concepção cronológica é de notar a tentativa dos informantes em estabelecerem uma idade precisa para se “*ser velho*”.

*“Pode ser-se velho a partir dos 80 anos”.*

Outros repudiam a idade como um atributo para se ser velho.

*“Não há idade para se ser velho (...), ser velho não existe. Um indivíduo se quiser pode não ser velho, tem realmente um corpo velho, o que é diferente de ser velho, tem é de adequar as suas actividades ao corpo que tem”.*

Considerando o envelhecimento um fenómeno complexo e heterogéneo, pode ser-se velho fisicamente, psicologicamente de meia idade e jovem socialmente. Quando se diz que a última *fase do adulto* começa por altura dos 65 anos, está, no fundo, a estabelecer-se uma convenção, ou seja, alguma base correlacional para as referidas situações (SIMÕES, 1990).

*Ser velho* pode ser apenas uma questão psicológica, com grande influência social, como nos dão conta alguns depoimentos:

*“Ser velho é ter um espírito velho no aspecto psicológico, é sentir que já não tem actividade nenhuma”.*

*“Ser velho é um estado de espírito e tem a ver com a forma como crescemos, como fomos educados, com o meio social e as condições de vida.*

*“Velha é a pessoa que está um pouco desligada da vida, não acompanhou a evolução da sociedade, se calhar tem a ver com a formação, com o local em que está inserido”.*

O factor económico é um elemento de análise na concepção do envelhecimento e, na opinião de LIMA e VIEGAS (1988), o facto de *o velho* se tornar improdutivo pode fazer perigar a própria sobrevivência da comunidade e explicar o abandono dos velhos.

Também a teoria de desinserção apresentada por CUMMING e HENRY, citados por POIRIER (1995) demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade. Ou seja, o indivíduo põe fim de forma gradual ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Por sua vez, esta oferece-lhe muito menos do que anteriormente.

Esta asserção é visível em alguns dos nossos entrevistados:

*“Quando me falam num velho penso que é uma pessoa que não produz, não trabalha”.*

*“Idoso é o indivíduo que atingiu determinado patamar da sua actividade produtiva o que vai fazer com que eventualmente se sinta uma carga para os familiares, para a sociedade, porque deixou de ser produtivo”.*

*Ser velho* é conotado com a diminuição ou ausência de actividades. Num relatório da CEC (1993), intitulado “Age and attitudes”, sobressai a ideia de que os idosos são cidadãos activos, em média 2 em cada três são ou muito ocupados ou têm vidas completamente cheias. Os mais activos

são os italianos, seguidos dos ingleses. Os menos activos são os portugueses e os gregos. Afastando qualquer ideia de estereótipo cultural, os autores da pesquisa apontam para uma anulação nas vidas de um grupo significativo nestes dois países do sul da Europa. Em Portugal, um em cada sete idosos dizem ter demasiado tempo de sobra ou nada para fazer.

Na concepção de *ser idoso* é abordada a vertente familiar. É salientada, por uma enfermeira, a importância do meio familiar na manutenção das faculdades mentais:

*“Os idosos que estão no seu meio familiar podem ainda conservar essas faculdades, mas aos que estão no internamento e devido a esta estrutura muito fechada, esses ficam psicologicamente afectados, como é natural até com a própria doença”.*

Quanto ao apoio da família, os enfermeiros por vezes direccionam o seu discurso para essa temática, expresso nas declarações:

*“A velhice é um passo da vida em que faz sentir as pessoas como peso para a família e a sociedade”.  
“É uma etapa da vida em que há uma redução de actividades, a pessoa já não tem grandes perspectivas de vida. Em que a família se desliga um bocado dos seus familiares idosos e doentes”.*

Contrariando a perspectiva apresentada por estes entrevistados, PAÚL (1994) refere que a família continua a ser a principal fonte de apoio aos idosos e aponta a situação que é muito frequente nos dias de hoje, em que a prestação de cuidados aos filhos é suspensa com a saída destes de casa e substituída pelo início da ajuda aos pais, em co-residência ou não. No entanto alerta para as condições demográficas que influenciam a permanência com que se coloca actualmente este problema de prestação de cuidados a idosos e que são: o crescimento da proporção de idosos; a taxa crescente de idosos a necessitarem de cuidados; as necessidades das pessoas de meia idade que prestam cuidados; as mudanças nos padrões de fertilidade marital e a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho.

## Velhice

Após a análise dos dados (Quadro 4), constatamos que os inquiridos detêm uma visão da velhice associada à *perda de capacidades físicas e intelectuais*.

A velhice, *estádio de desenvolvimento* para 11 dos enfermeiros inquiridos, é também uma fase da vida em que a perda de capacidades é mais marcada. *“É quando as pessoas com determinada idade começam a degradar-se”*, portanto, conotada com dependência nas actividades de vida diária.

A velhice surge em oposição à juventude. O jovem, forte e com vigor, opõe-se à decadência física do velho, expressa nas marcas deixadas pelo tempo no corpo: enrugamento da pele, brancura dos cabelos e das barbas ou o curvamento do corpo. Num contexto de desvalorização dos velhos, por oposição aos valores da juventude, na opinião de PAÚL (1997:20), a biomedicalização do envelhecimento é um fenómeno que corresponde ao encarar da velhice como uma espécie de doença. Igualizando o envelhecimento a uma doença, na opinião da autora, *“encorajou-se a sociedade a pensá-lo como patológico ou anormal. A indesejabilidade da doença transfere-se para os seus portadores e molda as atitudes das pessoas em relação a si próprias e dos outros em relação a si”*.

FERNANDES (1997:10) considera que as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das suas populações, proporcionaram condições para que socialmente se começasse a considerar a velhice como situação problemática a necessitar de apoio social, estando a ela vulgarmente *“associada a ideia de pobreza, ou pelo menos escassez de meios materiais, de solidão, de doença e também, de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo”*.

A velhice é conotada com a proximidade da morte e o declínio físico, como é bem patente nestas duas respostas:

*“A velhice é uma fase muito próxima da morte, com grande perda de capacidades”.*

*“A velhice é uma fase de declínio das nossas funções, das nossas capacidades em termos de rendimento de trabalho. Pode-se ser idoso sem se*

*passar pela velhice, ou seja, uma pessoa idosa com 90 anos pode não estar na velhice”.*

Mas se a velhice é um destino biológico do homem ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que se inscreve. LIMA e VIEGAS (1988: 149) consideram que é difícil definir a velhice na medida em que se inscreve “*numa multiplicidade de visões, decorrente de uma diversidade cultural e histórica, irredutíveis entre si*”. Consideram que a velhice surge como “*uma construção social, inscrita numa conjunturalidade histórica*”.

Quadro 4 - A velhice

| Subcategorias                            | Total Subcat |
|--|--------------|
| - Perda de capacidades                   | 27           |
| - Estádio de desenvolvimento             | 11           |
| - Fase de abandono                       | 6            |
| - Aprender a viver com o corpo           | 4            |
| - Último percurso                        | 4            |
| - Fase de paz e carinho                  | 3            |
| - Fase de alterações na aparência física | 3            |
| - Fase de dependência                    | 3            |
| - É um estado de espírito                | 2            |

#### Atributos: idoso / velho / velhice

À nossa questão sobre os atributos da velhice, deparámos com um conjunto de respostas variadas e definidas em função da opção do inquirido pelo termo idoso, velho e velhice (Quadro 5). Ressalta dos atributos do idoso um conceito social e clínico, contrapondo com os atributos do velho, definido claramente pelas dificuldades na mobilidade e diminuição das capacidades físicas e intelectuais. Em relação à velhice, parece ser objectivada em doentes que os enfermeiros cuidam. Para nós, a justificação para esta classificação poderá assentar na personalização de uma experiência vivida: “*No hospital quando se fala em velho pensa-se logo em doente acamado. Lá fora não se pensa assim*”.

A solidão é um atributo comum ao idoso e à velhice:

*“A velhice está associada à solidão. Os idosos vivem muito sós principalmente nos grandes centros urbanos”.*

Quadro 5 – Atributos do idoso / velho/ velhice

| Categorias | Subcategoria  | Total Subcat. | Total Categ. |
|------------|---|---------------|--------------|
| Idoso      | - Experiência   | 10            | 72           |
|            | - Dependência   | 9             |              |
|            | - Perda da capacidade de decisão                      | 4             |              |
|            | - Sabedoria   | 4             |              |
|            | - Alteração da aparência física                       | 4             |              |
|            | - Alterações cognitivas                               | 4             |              |
|            | - Solidão   | 4             |              |
|            | - Conformismo   | 2             |              |
| Velho      | - Diminuição das capacidades                          | 13            | 26           |
|            | - Dificuldade na mobilidade                           | 7             |              |
|            | - Desinserção da sociedade                            | 3             |              |
|            | - Experiência   | 2             |              |
|            | - Humildade   | 1             |              |
| Velhice    | - Diminuição das capacidades (físicas e intelectuais) | 19            | 26           |
|            | - Solidão   | 4             |              |
|            | - Rejeição da família                                 | 3             |              |

Também EBERSOLE e HESS (1985) consideram que os idosos sofrem isolamento social, o qual aumenta à medida que os anos passam e para a sua classificação definem quatro tipos de isolamento social: por atitude, por aparência, por comportamento e geográfico. Alguns idosos podem ser afectados pelos quatro tipos de isolamento e outros apenas por um.

A perda de capacidades, atributo do idoso e da velhice, inclui a capacidade de tomar decisões:

*“Está sempre alguém a decidir por ele (idoso). Isso não há nada pior que um indivíduo não poder decidir, está sempre dependente dos familiares, perde a sua capacidade de decisão, porque mesmo se a tem não lhe é atribuído o significado que devia. O indivíduo quando chega a determinada idade, chega a velho, à velhice, fica, digamos, com essa capacidade de decisão muito limitada”.*

A esse respeito, BARRETO (1988) escreve que as alterações a nível cognitivo, associadas a idade avançada, vêm a ser a tendência para um pensamento mais concreto, certo grau de rigidez conceptual e dificuldades na resolução de problemas, devido a uma estratégia mais cautelosa que leva a exigir mais dados antes de tomar uma decisão.

Em situação de saúde, o valor fundamental é a capacidade para a actividade que se exprime por

oposição à doença como ausência ou resistência àquele, força e robustez, ausência de consciência do corpo e do seu funcionamento, bem estar psicológico, bom humor, boas relações com os outros.

### **Crenças acerca do envelhecimento**

Após a análise do conjunto de informações obtidas emergem as crenças:

*Ser idoso é ser dependente* - Esta crença sobre a dependência é uma das mais persistentes. A dependência não é, de forma alguma, sinónimo de terceira idade; pelo contrário, faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós. Para a maior parte dos enfermeiros, resultante da sua prática profissional, os idosos têm necessidade de ajuda para as suas actividades quotidianas.

*O envelhecimento implica perda de capacidades* - A maioria dos inquiridos atribui ao idoso, ao velho e à velhice uma perda de capacidades, selectiva ou não. Na perda selectiva, as capacidades que diminuem ou mesmo se perdem têm a ver com o desempenho físico e cognitivo, em que a capacidade de decisão parece a mais afectada, tornando, portanto, os idosos dependentes.

*Os idosos doentes são rejeitados pela família* - Nos inquiridos persiste a crença que as famílias dos idosos, na sua maioria, visitam-nos pouco, não se interessam pelo estado do seu familiar. A forma como alguns inquiridos se referem à família é elucidativa da crença de que as famílias não se interessam pelos seus idosos doentes:

*“Sentimos quando do internamento que quando os doentes são muito idosos há rejeição da família; Vêm cá uma vez por outra. Muitas vezes o próprio doente pede-nos para telefonarmos à família para o virem ver e os enfermeiros sentem-se revoltados com esta situação”.*

*“Os idosos quando estão internados no hospital, às vezes sentem-se rejeitados pela família”.*

Há pois uma postura face à família, de menor reconhecimento e valorização:

*“A maior parte dos idosos que aqui temos são um fardo para a família, não os querem levar para casa e os idosos apercebem-se. Entendo a dificuldade das pessoas em ter em casa um idoso dependente, entendo que possa ser um fardo”.*

*Todos os idosos se assemelham* - Esta crença é justificada por 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 muita importância à relação”.

A este respeito apraz dizer que todo o ser humano é diferente, mesmo quando envelhece diferencia-se dos outros sobre muitos aspectos (humor, modo de vida, filosofia pessoal, etc.), dependendo das suas próprias vivências e da sua personalidade.

*A maioria dos idosos sofre de solidão* - Ser velho “é sentir que já não tem actividade nenhuma, que se isola um bocado”. Analisando na globalidade os atributos referidos pelos enfermeiros a solidão é referenciada para as categorias de idoso e velhice.

Os estudos citados por BERGER (1995) provam, pelo contrário, que um grande número de idosos mantém elos de amizade, permanece em contacto com a família e participa regularmente em actividades sociais. No entanto, os estudos sobre solidão e isolamento social não são concludentes e demonstram resultados contraditórios.

Ao falar-se de solidão, nunca é de mais referir que, apesar de ser uma crença bastante presente ao nível da categoria social considerada neste estudo, não podem fazer-se generalizações já que diferentes pessoas, em diferentes situações, podem experienciar diferentes sentimentos de solidão.

*Os idosos não são produtivos* - No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens, porque na perspectiva dos entrevistados já não pertencem ao mundo do trabalho, uma vez que na sua maioria se encontram reformados. Mas quando ainda desempenham uma actividade, estudos citados por BERGER (1995) tendem a demonstrar que, os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante.

## Conclusões

Constatamos que o envelhecimento para a maioria dos inquiridos é um processo fisiológico em que as principais perdas se situam a nível físico.

A concepção de *ser velho* ou *ser idoso*, na opinião dos inquiridos, orienta-se para um padrão funcional em que predomina *ser dependente* e a *perda de capacidades físicas e intelectuais*.

A velhice está pois ligada à perda de capacidades, em que o abandono está muitas vezes presente, apesar de alguns enfermeiros a considerarem como uma fase de paz e carinho.

Relativamente aos atributos, verificámos que ao idoso se atribuem uma panóplia de características que vai desde a experiência e a sabedoria até à dependência, à solidão e ao conformismo. Ao velho somente dois dos entrevistados atribuem a experiência, os restantes realçam mais as suas dificuldades. Por fim, a velhice para além de ser uma fase da vida caracterizada pela perda de capacidades, é também conotada com a “*solidão*” e a “*rejeição da família*”.

Os enfermeiros mantêm em relação aos idosos, crenças ligados à dependência, à inactividade e ao isolamento. Parece que eliminando essas crenças e atribuindo ao idoso qualidades mais positivas, seria possível elevar a qualidade dos cuidados de forma a responderem melhor aos objectivos de adaptação ao meio e de readaptação funcional.

## Bibliografia

- BARRETO – Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*. Lisboa. Vol. VI, n.º 2, 1988. pp. 159-170
- BERGER, Louise – Cuidados de enfermagem em Gerontologia. In: BERGER; MAILLOUX-POIRIER - *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. pp. 11-19
- BERGER, Louise – Relação de ajuda em gerontologia. In: BERGER; MAILLOUX-POIRIER – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. pp. 21-60
- BERGER, Louise – Atitudes, mitos e estereótipos. In: BERGER; MAILLOUX-POIRIER – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. pp. 63-72
- BIROU, Alain – *Dicionário das Ciências Sociais*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1978.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (CEC) – *Age and attitudes - Main results from a Eurobarometer Survey*. Brussels, 1993.

DURHAM, Jerry – Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos. In: CARROL e BRUE – *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*. Barcelona: Doyma, 1989. pp. 125-144

EBERSOLE, P.; HESS, P. – *Toward healthy aging*. 2ªed. St. Louis: Mosby, 1985.

FERNANDES, Ana Alexandre – *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

JODELET, Denise – Représentation sociale. In: *Psychologie Social*. Paris: Press Universitaire de France, 1984.

LESSARD-HÉBERT; Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald – *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

LIMA, Antónia Pedroso; VIEGAS, Susana de Matos – A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, Lisboa, Vol. VI (1), 1988. pp. 149-158

PAÚL, Constança – O papel das famílias na prestação de cuidados a crianças e idosos. In: ALMEIDA e RIBEIRO (org.) – *Família e desenvolvimento*. Portalegre: Apport, 1994. pp. 45 -57

PAÚL, Constança – *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.

PEREIRA, Luís Silva – A velhice: variabilidade histórica e social da sua conceptualização. In: Actas do Congresso “*Envelhecer: os desafios do séc. XXI*”, Porto, Dezembro de 1993. pp. 49-56

POIRIER; Danielle, Mailloux; BERGER, Louise – As teorias do envelhecimento. In BERGER; POIRIER – *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. pp. 99 – 105

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lun Van – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.

SANTOS, Boaventura de Sousa – *Um discurso sobre as ciências*. 4ªed. Porto: Edições Afrontamento, 1990.

SILVA, E. Enes – Terceira idade: erros e mitos. *Geriatrics*. Lisboa, Vol. V (47) (Setembro), 1992. pp. 23-25

SIMÕES, António – Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Coimbra, ano XXVIII, n.º 1, 1990. pp. 109-121