



ENVELHECIMENTO, SAÚDE E CIDADANIA

AGEING, HEALTH
AND CITIZENSHIP

11

Série Monográfica | **Monographic Series**
Educação e Investigação | **Health Sciences Education**
em Saúde | **and Research**

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**
ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

MONOGRAFIA – Nº 11

ISBN: 978-989-98909-6-1

Coordenação: Coordenadora da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso e Investigador Principal do Projeto estruturante Envelhecimento, saúde e cidadania: Cidadania e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa e dos seus cuidadores

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição)

Almeida, M., & Apóstolo, J. (2014). *Envelhecimento, Saúde e Cidadania. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Almeida, M. (2014). A Identidade da Velhice. In M. Almeida, & J. Apóstolo (Eds.), *Envelhecimento, Saúde e Cidadania. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.13-37). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).



ENVELHECIMENTO, SAÚDE E CIDADANIA

AGEING, HEALTH
AND CITIZENSHIP

Coord.

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida
João Luís Alves Apóstolo

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

11

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

ENVELHECIMENTO, SAÚDE E CIDADANIA

EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria da Conceição Bento, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, *Ph.D., Professora coordenadora na ESEnfC*

João Luís Alves Apóstolo, *Ph.D., Professor coordenador na ESEnfC*

AUTORES

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida

João Luís Alves Apóstolo

Daniela Filipa Batista Cardoso

Maria Paula Assis de Almeida Cordeiro

Suzana Filomena Cardoso Duarte

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

José Manuel Pinto

Diana dos Santos Paiva

Sara Alexandra da Silva

Sérgio Filipe Abrunheiro

Virgínia Adelaide Pais

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 11

ISBN: 978-989-98909-6-1

DEPÓSITO LEGAL 386511/15

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO FINAL

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Telma Vidinha, *RN, Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola de Enfermagem de Coimbra*

REVISÃO DOCUMENTAL

João Afonso Gomes, *Coordenador da Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA

Candeias Artes Gráficas Unipessoal, Lda - Braga

TIRAGEM

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO 2014

AUTORES

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, Ph.D., Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

João Luís Alves Apóstolo, Ph.D., Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Daniela Filipa Batista Cardoso, Licenciada em Enfermagem, Bolseira de Investigação no Portugal Centre for Evidence Based Practice, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Paula Assis de Almeida Cordeiro, Ph.D., Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Suzana Filomena Cardoso Duarte, Ph.D., Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, Ph.D., Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Manuel Pinto, Ph.D., Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Diana dos Santos Paiva, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Sara Alexandra da Silva, Licenciada em Enfermagem, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Sérgio Filipe Abrunheiro, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Enfermeiro no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Virgínia Adelaide Pais, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ÍNDICE

PREFÁCIO.....	5
<i>Maria da Conceição Bento</i>	
NOTA PRÉVIA DOS ORGANIZADORES.....	9
CAPÍTULO I	
<i>A identidade da velhice.....</i>	11
<i>Maria de Lurdes Ferreira de Almeida</i>	
CAPÍTULO II	
<i>Estimulação cognitiva em idosos - Síntese da evidência e intervenção: programa de manutenção.....</i>	37
<i>João Luís Alves Apóstolo</i> <i>Daniela Filipa Batista Cardoso</i>	
CAPÍTULO III	
<i>Atitudes face à pessoa idosa e conhecimentos sobre envelhecimento dos estudantes do ensino superior público de Coimbra.....</i>	67
<i>Maria Paula Assis de Almeida Cordeiro</i>	
CAPÍTULO IV	
<i>Manter a continuidade dos cuidados no domicílio: um desafio.....</i>	91
<i>Suzana Filomena Cardoso Duarte</i>	
CAPÍTULO V	
<i>Atividade motora da pessoa idosa após AVC: Desafios e contributos de enfermagem.....</i>	117
<i>Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro</i>	
CAPÍTULO VI	
<i>Defesas e desencontros familiares: contributo do estudo de caso de um idoso ...</i>	137
<i>José Manuel Pinto</i> <i>Diana dos Santos Paiva</i> <i>Sara Alexandra da Silva</i> <i>Sérgio Filipe Abrunheiro</i> <i>Virgínia Adelaida Pais</i>	

PREFÁCIO

É para mim um enorme gosto, honra e privilégio escrever este prefácio para o novo livro *Envelhecimento, Saúde e Cidadania*, da série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.

Mais uma vez os autores do livro, Maria de Lurdes Almeida, Maria Paula Cordeiro, João Apóstolo, Suzana Duarte e Alberto Barata, professores da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso (UCP-EI), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em conjunto com alguns dos seus colaboradores, trazem à luz um importante contributo para o conhecimento sobre o seu domínio de estudo: os idosos, o processo de envelhecer e de cuidar nesta etapa da vida, dando continuidade a um trabalho cada vez mais sistemático e sustentado da UCP-EI, que articula ensino, investigação e extensão na comunidade, cumprindo com sucesso os desafios que têm definido para si próprios. Parabéns!

Em toda a Europa as pessoas estão a viver mais anos. O mesmo é verdade também para Portugal. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários com 65 e mais anos e uma redução do peso da população jovem. As projecções oficiais disponíveis indicam uma dinâmica populacional sem precedentes na história portuguesa, com um crescente peso das populações idosas e muito idosas e com uma redução do peso da população ativa. O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. Sendo assinalável o aumento generalizado da esperança média de vida ao nascer.

Com o aumento da esperança média de vida ao nascer conseguiu-se alcançar um dos maiores desafios que se colocaram desde sempre à humanidade e esperar-se-ia que com isso se alimentasse a esperança nas imensas possibilidades que a humanidade tem à sua frente para progredir no futuro. A este propósito Kegan (1982; in *The Evolving Self*) ao referir-se ao potencial que pode significar viver numa sociedade com muito mais idosos e idosos que vivem mais tempo, diz que, "nunca a humanidade esteve tão perto de protagonizar um verdadeiro salto quântico de progresso. Para isso, bastaria, descobrir uma forma de transferir toda a experiência dos seniores para as novas gerações. Com efeito, segundo o autor, nunca o género humano dispôs de tanta experiência acumulada no seu seio, pelo simples facto de as pessoas viverem hoje mais tempo do que em qualquer outra época e de o fazerem com qualidade física e mental. Esta evolução biológica cria verdadeiras bibliotecas humanas à disposição dos mais jovens que, com elas, queiram aprender a viver e a aproveitar aquele corpus de sabedoria profunda que só os anos permitem acumular. E importa-nos relevar este importante facto empiricamente sustentado: só aprende

verdadeiramente quem tem a possibilidade de ensinar algo a alguém. O sonho duma aprendizagem ao longo da vida para todos, e cada um, confunde-se assim com o repto de construir uma sociedade onde cada um assuma a humildade de aprender com todos os outros.” Também o Professor Bloom (citado por Crisp, 2014; in *Um Futuro para a Saúde*) defendeu enfaticamente, ao referir-se a Portugal, que existem muitos benefícios resultantes do facto notável que é manter tantas pessoas ativas por tanto tempo – sendo um desses benefícios mais importantes a vantagem proporcionada pelo “grande capital social de que eles [os idosos] dispõem, incluindo sageza, experiência, autoridade moral e liderança”.

Paradoxalmente, ou talvez não, assistimos a uma perceção social maioritária do idoso como constituindo um fardo para a sociedade. Os dados disponíveis, quer do Eurobarómetro, quer de vários estudos sobre esta temática, em que se inclui um dos estudos divulgados neste livro: Atitudes face à pessoa idosa e conhecimentos sobre o Envelhecimento dos Estudantes do Ensino Superior, indicam um potencial negativo de menor entendimento entre as gerações. A discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com pessoas idosas e/ou difundidos através dos meios de comunicação continuam a ser uma realidade. Desde a televisão, jornais, rádio, às várias formas de arte (cinema, teatro, dança, pintura, escultura, literatura...), a referência a personagens idosas é feita no sentido depreciativo, retratando-as como tendo um problema de saúde que as debilita, de algum modo dependentes e pouco competentes. Nas séries, as personagens idosas tendem a apresentar vulnerabilidades, em particular do foro físico (com alguma doença) ou sensorial (ouvir ou ver mal) (Cerqueira, 2010, p. 339-340). As imagens negativas do idoso influenciam a adoção de políticas sociais e de saúde, bem como as restantes práticas sociais, se os idosos forem vistos como *peso, marginais* e objetos de condescendência, será muito difícil realizar os progressos tendentes a uma sociedade coesa, social e politicamente (Carneiro, 2012). Aponta-se (Carneiro, 2012; Cordeiro, 2014) a glorificação da juventude, o desinteresse pela experiência e sabedoria dos idosos e a saliência do *instant gratification* de muitos e, sobretudo, da comunicação social, como forças poderosas conservadoras que bloqueiam as mudanças ao nível cultural e político, necessárias para o reforço duma sociedade coesa, justa e solidária e atrasam o caminho para a construção de uma efetiva *Sociedade para Todas as Idades* (Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, 2002) em que se concretize “a plena realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do máximo possível de saúde física e mental. O objetivo social de alcançar o grau mais alto possível de saúde é de suma importância em todo o mundo e, para que se torne realidade, [é necessário que se adotem] medidas em muitos setores sociais e económicos, fora do setor da saúde. [se proporcione] aos idosos acesso universal e igualitário aos cuidados médicos e aos serviços de saúde física e mental. As crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional trazem a exigência de novas políticas de cuidado e tratamento, promoção de meios saudáveis de vida e ambientes propícios. [em que se promova] a independência, a capacitação dos idosos e incentivem todas as possibilidades de participação plena na sociedade. [reconhecendo] a contribuição dos idosos ao desenvolvimento no desempenho de seu papel como guardiões” (Cordeiro, 2014).

De facto recusar os contributos dos muitos idosos, a todos os níveis, constitui um erro extravagante e de custo social, económico e financeiro elevado, num período de crise e num contexto europeu muito difícil, senão imprevisível. Mas um passo fundamental para que isso aconteça é sabermos de que falamos quando falamos de idosos. Os idosos são frequentemente encarados como um grupo homogéneo, sendo

estereotipados de forma negativa, como beneficiários passivos de cuidados de saúde e de apoio (Almeida, 2014). No entanto como bem mostra, neste livro, o estudo de Maria de Lurdes Almeida – A Identidade da Velhice, não se pode falar de uma Identidade dos idosos mas de identidade(s), os idosos têm uma multiplicidade de interesses e poderão continuar por muito tempo a ter vidas ativas e a contribuir de forma importante para o cuidado de si e para a sociedade. Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida únicos. A qualidade de vida, na ótica do bem-estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, os amigos, a vizinhança e a economia. Engloba, por exemplo, não só a doença e o respetivo tratamento mas também o desenvolvimento satisfatório das aspirações psicológicas, cognitivas e sociais. Por exemplo, a procura de sentido para a vida ou a prossecução de uma vida com sentido é uma variável cognitivo-afetivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida. Também esta área pode ser estimulada, através de programas, por exemplo, de estimulação cognitiva, como é o Programa Fazer a Diferença, apresentado neste livro no capítulo “Estimulação cognitiva em idosos- Síntese da Evidência e Intervenção: Programa de Manutenção”.

Mas, todos sabemos que os benefícios da longevidade, e por isso os contributos reais e percebidos dos idosos e de cada idoso para o outro e a sociedade em geral, são limitados pelas condições sociais, económicas e de saúde em que vive. Ora, os dados disponíveis mostram, também, que os homens e as mulheres portuguesas vivem longos períodos das suas vidas e, sobretudo nos últimos anos, com problemas de saúde e um certo nível de incapacidade (dados da Comissão Europeia indicam que os homens e as mulheres portuguesas têm em média 6 a 6,6 anos de vida saudável após os 65 anos de idade, muito inferior aos da Noruega que varia entre 15,9 e 15,4 anos). Muitas das doenças de que sofrem estão associadas a condições sociais e comportamentais assim como ao envelhecimento e implicam uma maior probabilidade de isolamento e de acesso a serviços de proximidade, entre eles, os de saúde. A redução da doença crónica, a sua melhor gestão e o aumento do período de vida saudável são questões centrais, quando se pretende trabalhar para dar mais vida aos anos. Cavaleiro, no capítulo desta monografia intitulado “Atividade Motora da Pessoa Idosa após AVC. Desafios e Contributos de Enfermagem”, aborda esta preocupação e alerta para que “uma atitude ativa, conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade dos idosos, poderá fazer a diferença para uma melhor preparação no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos indivíduos à medida que envelhecem”.

A situação de saúde e de dependência dos idosos levanta ainda muitas outras questões, entre elas, a do local/contexto e continuidade dos cuidados, também abordadas neste livro. A evolução das estruturas familiares é um dos fatores proeminentes de mudança nas sociedades contemporâneas, colocando novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no processo de envelhecimento. Portugal, segundo dados do Eurostat, aparece como o segundo país da União Europeia com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária, em consequência do seu estado de saúde. Os idosos com necessidades de apoio no autocuidado deverão continuar a aumentar com o envelhecimento da população. Assim, se tivermos em conta as boas práticas já experimentadas, sabemos que a preferência para dar resposta a estas necessidades deve prevenir o desenraizamento da pessoa em relação à sua família e amigos, o que passará em muitos casos por manter os idosos no seu domicílio, contribuindo para a sua qualidade de vida, e envolver a família na prestação de cuidados,

criando-se uma resposta mais económica a nível de política social e mais humana no que respeita ao enquadramento natural do idoso. Isto obriga cada vez mais a pensar nas formas de garantir a articulação entre as instituições prestadoras de cuidados e a família, trazendo novos desafios para todos. Em Portugal, foi criada a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados que inclui os Cuidados Continuados Domiciliários e sabemos que são os familiares (mulheres, pais, maridos, filhos) que formam o grosso dos cuidadores das pessoas idosas com dificuldades nas atividades da vida diária. No entanto, sabemos também que nas últimas décadas assistimos a uma evolução da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, com aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sós. É por isso, indispensável tentar compreender cada vez melhor em que condições e como se processam os cuidados no domicílio se quisermos vir a dar respostas cientificamente fundamentadas aos múltiplos desafios do envelhecimento e da promoção da saúde e bem-estar nesta fase da vida. No último capítulo desta monografia são-nos apresentados por Suzana Duarte os desafios que os cuidados no domicílio colocam e a forma como os Enfermeiros criam o seu papel para lhes responder.

A leitura deste livro torna clara a necessidade de continuar a desenvolver os estudos que sustentem uma profunda reflexão sobre as formas de assegurar que as tendências positivas no criar de condições ao envelhecimento ativo, com saúde e bem-estar possam ser mantidas e generalizadas e que os benefícios de uma vida mais longa possam chegar a todos, independentemente do local onde vivem e do grupo socioeconómico a que pertencem.

Se, como diz Cordeiro (2014, p. 86) “a maior barreira para a transformação de atitudes e de comportamentos em relação à velhice é a falta de conhecimento científico entre os académicos e a falta de informação na população em geral sobre as características e as potencialidades do envelhecimento”, com a publicação e divulgação dos estudos contidos nesta monografia está dado mais um passo para a derrubar.

Muito Obrigada aos autores!

Boa leitura!

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, 20 de dezembro de 2014

Referências bibliográficas

- Carneiro, R. (Coord.). (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, activação e qualidade*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Cerqueira, M. M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Crisp, L. N. (Coord.). (2014). *Um futuro para a saúde: Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. London, England: Harvard University Press.

NOTA PRÉVIA DOS ORGANIZADORES

O envelhecimento tem vindo a assumir uma importância crescente face aos diferentes indicadores demográficos que acentuam o envelhecimento da população mundial, particularmente na Europa. O aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de fertilidade a que se juntam a dependência dos idosos e a instabilidade da economia irão desafiar a gestão futura dos processos ligados ao envelhecimento das populações.

Como é referido no Ageing Report de 2012 - projeções económicas e orçamentais para o 27 Estados-Membros da União Europeia (2010-2060) - nas próximas décadas, na União Europeia, o rácio de dependência dos idosos dobrará de 26% em 2010 para 52% em 2060. Em Portugal, segundo dados do INE de 2010, este rácio variava entre 18,6 na Madeira a 38,4 no Alentejo, mas irá aumentar também nas próximas décadas.

Para compreender este desafio é necessário considerar como a evolução dos fatores demográficos e do desempenho económico irão influenciar a qualidade do investimento na saúde e proteção social. As projeções económicas e orçamentais a longo prazo confirmam que lidar com o desafio colocado pelo envelhecimento da população, e a tendência de aumento de despesas relacionadas, exigirá ação política determinada na União Europeia (EU), ao longo da abordagem global da Estratégia Europa 2020 para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo.

Também de acordo com o Ageing Report de 2012, entre 2010 e 2060 prevê-se um aumento das despesas de saúde pública na UE-27 em 1,3% do produto interno bruto (PIB), ou seja, de 7,1% para 8,4% do PIB. Prevê-se também que as despesas com as pensões no grupo de 70 e mais anos irão aumentar à medida que os pensionistas atingem idades mais elevadas. A faixa etária 75 e mais anos mostra o maior aumento de 3,9% para 7,1% do PIB no final do período de projeção.

No caso de Portugal, o desenvolvimento económico que tem sido anunciado leva-nos a refletir sobre o futuro papel das várias estruturas do país na solução dos problemas atuais e futuros com os idosos.

Por estas e outras razões, que escapam à nossa análise, a capacitação do cidadão e das comunidades, a valorização do seu potencial, a promoção da literacia em saúde,

a promoção da cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades são fundamentais para responder ao desafio futuro para o exercício da cidadania em saúde dos cidadãos.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. O envelhecimento, parte natural do ciclo de vida, deve constituir uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível. Implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social e, também, a adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico.

Assim, é fundamental o desenvolvimento de projetos I&D que visem a produção e aplicação de conhecimento que suporte a avaliação e a intervenção nas pessoas idosas e melhore a sua capacitação para o autocuidado e para o exercício da cidadania ativa, através de escolhas informadas que permitam a sustentabilidade do sistema de saúde.

É neste contexto que se tem desenvolvido o projeto de investigação estruturante *Envelhecimento, Saúde e Cidadania* inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Este projeto agrega uma rede de estudos associados que se propõem produzir e aplicar conhecimento na avaliação e intervenção do estado de saúde da pessoa idosa e dos seus cuidadores, contribuindo para a melhoria da sua capacidade para o autocuidado e para o exercício da cidadania ativa, bem como a integração do conhecimento resultante na formação de profissionais de saúde e na prática de cuidados a esta população específica.

Os resultados aqui apresentados são provenientes de processos de investigação avançada de doutoramento, pós-doutoramento e transferência do conhecimento para o ensino pós-graduado do mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria de seis investigadores do projeto que integram, maioritariamente, a Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Esta obra está estruturada em seis capítulos: no primeiro são identificadas e descritas as conceções dos idosos acerca da velhice, “ser velho” e “ser idoso”; no segundo apresenta-se o programa de manutenção do programa de estimulação cognitiva “Fazer a Diferença”; no terceiro são analisadas as atitudes e conhecimentos face às pessoas idosas dos estudantes do ensino superior público; no quarto capítulo enquadra-se o desafio do cuidar no domicílio, as estratégias implementadas pela equipa de enfermagem e a necessidade de manter a continuidade dos cuidados no domicílio; o quinto capítulo aborda as especificidades da atividade motora da pessoa idosa após Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o contributo da enfermagem para o bem-estar individual, das famílias e das comunidades de pessoas idosas após AVC; e, por fim, o sexto capítulo inclui o estudo de um caso de desencontros familiares e as estratégias defensivas utilizadas pelo idoso.

CAPÍTULO I

A IDENTIDADE DA VELHICE

MARIA DE LURDES FERREIRA DE ALMEIDA

INTRODUÇÃO

O grupo etário dos idosos é, provavelmente, o mais heterogêneo de todos os grupos populacionais, quer pelo grande leque de idades que dele fazem parte quer pela diversidade de situações de saúde e doença que o caracteriza. Com efeito, cada vez mais se reconhece que as pessoas idosas são um grupo distinto apesar da tendência para o agrupamento, não tanto orientado pelas qualidades e características dos indivíduos isoladamente mas pelo desejo de fazer parte de um grupo social sobre o qual recaiam elementos de definição implícitos ou explícitos. Esta tendência para o agrupamento é explicada pelo reforço social que tende a organizar um estilo de vida em função de valores e características socialmente adequados, que definem os estádios do ciclo de vida.

O aumento sem precedentes do número de idosos com setenta e cinco e mais anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das suas populações proporcionaram, na opinião de Fernandes (1997), condições para que socialmente se começasse a considerar a velhice como situação problemática a necessitar de apoio social, associada à escassez de meios materiais, solidão, doença e, também, de alguma forma, à segregação social.

Ao longo da história ocidental, a velhice foi delimitada e entendida de diversos modos, de acordo com distintas concepções da existência, de formas de organização social e de sistemas de valores das diferentes épocas históricas. Na época em que predominava o modelo de família tradicional extensa e em que o envelhecimento populacional não era tão acentuado, a velhice surgia associada à sabedoria, à experiência e a um elevado reconhecimento social (Ballesteros, 2004). Já no contexto sociocultural atual, existe uma grande indefinição em relação a esta etapa da vida.

A definição social de velhice inclui constituintes fundamentalmente descritivos como a etapa, o grupo ou categoria social, e leva consigo elementos de juízo e valoração da experiência de ser idoso. Assim, todos estes fenómenos – envelhecimento e velhice –

fazem referência a uma condição temporal e, concretamente, a uma forma de ter em conta o tempo e suas consequências no indivíduo.

Rodríguez (2004) apresenta duas definições contraditórias de velhice. A primeira considera a pessoa idosa como sábia, carregada de experiências, de estatuto social elevado, merecedora de grande respeito e com uma clara posição de influência sobre os outros. Esta visão, associada à forma institucional de família extensa e família extensa modificada, reforça os aspectos positivos da experiência do envelhecimento. A segunda definição, oposta à anterior, destaca a velhice como um estado deficitário, que traz consigo perdas significativas e irreversíveis: a pessoa fisicamente diminuída, mentalmente deficitária, economicamente dependente, socialmente isolada e com uma diminuição do status social.

A velhice, enquanto categoria social, surge com a institucionalização das reformas, primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos. A velhice pensionada é uma situação que, na opinião de Fernandes, “envolve alterações e inovações nos modos de vida das gerações mais velhas” (1997, p. 2), definida, portanto, como uma etapa da vida, ligada à cronologia, funcionalidade física, psíquica e à saúde das pessoas (Martin & Aldegue, 1990; Alfageme, 1999), uma categoria social, não uniforme, como grupo social relevante em função de variáveis do ciclo de vida, uma das quais a idade (Ballesteros, 2004), e, também, como uma construção cultural fundamentada numa classificação etária, que lentamente se modifica com o tempo (Mercante & Berzins, 2010).

A terminologia habitualmente utilizada para descrever *o velho*, *o idoso* ou *o reformado*, tende a modificar-se e uma das razões apontadas é a postura cada vez mais activa dos membros mais velhos, justificando assim o recurso à terminologia 3ª idade (50 -74 anos) e 4ª idade (75 e mais anos), uma distinção ainda baseada na idade e que poderá corresponder, em muitos casos, à realidade funcional (Veysset, 1989; Nicolet, 1992).

Assim, este estudo constitui uma participação pessoal, baseada numa investigação empírica para construir conhecimento no domínio das concepções dos idosos a residir no domicílio acerca do seu próprio envelhecimento. Definimos como objectivo geral analisar as concepções da pessoa idosa acerca da velhice, *ser velho* e *ser idoso*.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Do ponto de vista metodológico, optámos por um estudo de casos múltiplos (Yin, 2010) com abordagem qualitativa, associando a fenomenografia (Sjöström & Dahlgren, 2002) nos processos de recolha e análise da informação. Recorremos à entrevista e ao grupo focal para colheita da informação.

Neste estudo, utilizámos: a triangulação de dados, (fontes múltiplas) nos subtipos espaço, concretizado na recolha de dados em várias instituições; a de métodos, com a entrevista em profundidade e o *grupo focal*; e a triangulação entre investigador e indivíduos que participaram no estudo. Com a finalidade de fazer a validação, esta última resumiu-se a divulgar aos entrevistados os achados obtidos com as interpretações formuladas, numa linguagem acessível, realizada com um número reduzido de participantes que mostrou interesse e disponibilidade em ler os achados. Jenks considera que a triangulação “revela as várias dimensões de um fenómeno e ajuda a criar uma descrição mais rigorosa” (2002, p. 332).

No que diz respeito aos procedimentos gerais para a recolha de informação, orientámos a investigação tendo em conta os aspectos formais de pedidos de autorização às instituições seleccionadas, as questões de natureza ética, o consentimento informado, bem como os critérios de fidelidade, de validade, qualidade e eficiência.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste capítulo efectuamos a apresentação dos resultados decorrentes da caracterização sociodemográfica e da análise e interpretação dos achados. A análise e discussão são realizadas no contexto de cada um dos achados e ilustradas por unidades de significação consideradas mais relevantes no processo de codificação realizado.

Cada unidade de significação é identificada pela fonte de informação, que foi previamente codificada do seguinte modo: *E* - diz respeito à entrevista individual; *Gf* ao grupo focal, *C*, *N* e *S* a inicial do CD, 1,2... traduzem o número de entrevista/CD e *F/M* género do entrevistado. Apesar de considerarmos mais correcta a expressão *pessoa idosa*, por uma questão de simplificar a escrita, usamos a palavra idoso para designar a pessoa idosa com mais de 75 anos e velhice para denominar a última fase do ciclo vital.

Da caracterização sociodemográfica, os 49 idosos participantes no estudo destacamos: 38 são do género feminino e 11 do masculino; apresentam idades entre 75 e 94 anos, com uma idade média de 81.55 anos; predominam os viúvos 35, dos quais 32 são mulheres seguidos dos casados, 12. Estes resultados vão ao encontro dos descritos noutros estudos realizados com pessoas idosas, em que a situação de viuvez era igualmente prevalecente e a taxa de viuvez aumentava com a idade (Mendonça, Martinez & Rodrigues, 2000; Amaral & Vicente, 2001), com crescimento mais acelerado sobretudo por volta dos 70 anos de idade.

Em termos de escolaridade, 42,86 % dos idosos possuem a instrução primária; 18,37% não sabem ler nem escrever e 16,33 % sabem ler e escrever mas não frequentaram ou não concluíram a instrução primária; 4,08 % referiram o curso complementar do Liceu. Neste

estudo, à semelhança de outros, os participantes apresentam baixo nível de escolaridade (Amaral & Vicente, 2001; Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005; Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto, Matias, & Martins, 2008).

A maioria dos idosos (5,06 %) coabita com familiares (filhos, cônjuge, irmã ou neta) e 46,95 % vive sozinho. Estes dados contrapõem os de um estudo, realizado por Araújo et al. (2008), com idosos dos 65 aos 96 anos, em que apenas 17,8% dos idosos viviam sozinhos. Mantém-se, no entanto, em ambos os estudos, maioritariamente as mulheres em coabitação. A propósito disso, Barreto (1984) refere que um grande número de mulheres viúvas aceita ser acolhida na casa de familiares, quando é impossível permanecer na sua residência, devido a uma doença física incapacitante ou a uma insuficiência económica. Contudo, neste estudo, as idosas que vivem com as filhas expuseram como razão principal para a coabitação não quererem estar sozinhas nas suas casas.

A IDENTIDADE DOS ANOS

A partir da vivência retratada nas entrevistas sobre a questão do envelhecer, e com base nos achados, definimos a categoria *Identidade dos anos*. Esta construção é de certa forma a condição do grupo etário pois com o passar dos anos, as pessoas desenvolvem uma imagem de si através da estrutura social em que estão inseridas. Envelhecer adquire, portanto, representações diferentes de pessoa para pessoa, podendo provocar, por conseguinte, estados de frustração e/ou de confusão de identidade. Nesta categoria surgem as subcategorias *Velhice*, *Ser Idoso* e *Ser Velho*.

O conceito de envelhecer é construído a partir de uma pluralidade de elementos: 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 nas experiências tidas com membros da família ou com amigos.

A velhice

Para o estudo da velhice, tivemos em conta o que sentem ou fazem as pessoas idosas e a influência das crenças e sentimentos em relação ao grupo etário a que pertencem. Deste modo, a velhice é um período da vida que se organiza em torno da *adaptação às mudanças*, dos *medos* e das *perdas*.

Na *adaptação às mudanças*, evidenciam as alterações *nos afectos, na coabitação e sociais*. Ao longo do ciclo da vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, os de trabalho e os de vizinhança. A restrição da rede social nesta fase da vida é um facto normal, que está associado a perdas de familiares e amigos, à

deterioração da saúde física, a mudanças nas necessidades e prioridades, bem como a barreiras ambientais e contextuais.

A nível dos afectos é valorizada a amizade. Especificamente, a rede de amigos diminui de tamanho e o idoso vê-se confrontado com a necessidade de descobrir novas fontes de apoio e de amizade entre iguais, resultado de livre arbítrio, pois os seres humanos têm uma necessidade profunda de união, e os vínculos afectivos são a força que os une (Farré, 2009) ao longo do ciclo vital. A este propósito refere uma idosa:

A amizade faz sempre falta, a amizade é sempre necessária, a qualquer idade. Mas evidentemente que há aquelas amizades mais...mais profundas. Eu tenho duas amigas de infância ... Gf S2 (2007, 2008)

A amizade tem, portanto, uma relevância especial na idade mais avançada quando as limitações na locomoção ou uma saúde mais frágil podem impedir trocas equitativas e contactos mais frequentes entre as pessoas. Para Erbolato (2002), de uma forma geral, as relações de amizade são recíprocas, com trocas simbólicas de suportes sociais diversos, principalmente de conteúdo psicológico/emocional como, comunicação, confiança, reafirmação da autoestima e confirmação de valores. O Idoso procura, através do grupo, satisfazer a necessidade de inclusão (sentir-se aceite e integrado pelos outros), a necessidade de afeição (ser aceite como membro competente e como pessoa humana na sua totalidade) e, também, a necessidade de controlo (sentir-se responsável por tudo o que constitui o grupo). Assim, na perspectiva de Lima (2004) os amigos ajudam a preservar a continuidade de papéis, são fonte de suporte social, de ajudas diversas, de sentimento de pertença, de confiança e de encorajamento. O excerto seguinte ilustra a importância dos amigos nesta fase da vida:

Preponderante o papel dos amigos, é isso que nos leva a vir ... pra aqui todos os dias. ... a amizade é dos sentimentos mais bonitos, ... a gente gosta dos amigos. É uma segunda família que a agente adquire. ... E a gente fica triste quando um amigo se esquece de nós. EC2 F (2007, 2008)

Os amigos são escolhidos com base em semelhanças entre as pessoas (género, grau de escolaridade, status e faixa etária), vivem na mesma zona geográfica e, também, por apresentarem atributos considerados desejáveis como lealdade, respeito, como explicitam os idosos:

Eu não tenho dificuldade nenhuma em conviver com as pessoas ... , agora aqui dentro, mantenho aquelas pessoas [com] quem tenho afinidade, mais leais ES1 F (2007, 2008)

Olhe, gosto de estar aqui, porque eu acho que isto dá ar de ser tudo assim uma família e depois todos se respeitam uns aos outros. EC3 F (2007, 2008)

Os amigos e as amigas são pessoas com quem se estabelece um vínculo emocional especial e desempenham um papel significativo na vida da maioria das pessoas, mas em especial na das mulheres, por estas apresentarem mais competências interpessoais (Farré, 2009) e estabelecerem com facilidade relações de intimidade. A relação de amizade tem funções afectivas (fonte de apoio emocional, afectivo e pessoal), de lazer (prazer, diversão, entretenimento), de informação e apoio instrumental, potencia o convívio social (Araújo & Melo, 2011) e permite a expressão de sentimentos e a troca de confidências.

Os amigos perdidos são substituídos por membros do grupo do centro de dia, com idades semelhantes, com interesses e estilos de vida compatíveis: "Esta criação, agora, de novas amigas... Estas amizades são outras, temos quase as mesmas idades e interessamo-nos por estas coisas ... rendas, falar..." GfC (2007, 2008)

Para as mulheres, o grupo de amigas atua como um amortecedor das perdas sociais, que vão acontecendo com o passar dos anos; tem como função principal a comunicação, a confidência, a intimidade, a familiaridade de interesses, a melhoria da disposição de ânimo (Erbolato, 2002), e resulta em benefícios emocionais que dependem do contacto pessoal. Por outro lado, os amigos tendem a ser da mesma idade, consequentemente têm mais hipóteses de apresentar incapacidade física que os impeça de conviverem, podem estar mais afastados ou mesmo ter falecido. Também com o passar dos anos os pares vão morrendo e os sobreviventes (agora com menos amigos) vêm a sua rede social a degradar-se, obrigando a uma reorganização (Paúl, 2005) facilitadora, ou não, da manutenção dos idosos na comunidade.

Para os homens, o desligamento do trabalho formal (a reforma) representa a diminuição do contacto com os amigos e uma mudança na rotina, no entanto, mantêm hábitos de encontros sociais com os amigos do trabalho e da escola. Com os amigos partilham o tempo e recordam mutuamente memórias do passado. Manifestam-se em relação à manutenção da rede de relações profissionais "Os meus amigos eram do trabalho" (EN14 M), mas também essas vão sofrendo um empobrecimento gradual, ou seja, com o passar do tempo vão tornando-se mais esporádicas... "agora é diferente e cada vez vou menos, ou já nem vou." (EN14 M). A possibilidade de verem diminuídos ou de perderem os contactos sociais que a vida profissional lhes proporcionou é para Fonseca (2005a) uma das principais preocupações expressas pelas pessoas logo após a reforma. Os amigos mais íntimos provêm muitas vezes da infância, e quando vão morrendo os idosos têm dificuldade em substituí-los: "Olhe, amigos, amigos, já lá estão!.. Cada vez menos amigos e arranjar-los onde?" Gf S (2007,2008)

A necessidade que os idosos sentem uns dos outros advém, na opinião de Nuland (2008), do propósito em manter um papel significativo como pessoas distintas nos meios sociais, de ter valor e dignidade.

No dia-a-dia dos idosos no CD, observamos que as amizades entre homens e mulheres diferem na relação de proximidade. As mulheres são mais íntimas, próximas e divertidas, mostram uma maior satisfação e trocas afetivas, entreaajuda e aconselhamento, interesses e atividades compartilhados, confiança, frequência e duração da interação; permanecem mais tempo no centro de dia e partilham interesses na área dos trabalhos manuais que as faz organizar grupos de interesse. Já os homens permanecem no local para as refeições e por pequenos períodos juntam-se para o jogo das cartas.

As mulheres idosas mantêm amizades mais íntimas que os homens da mesma idade, pois ainda que estes tenham mais contactos sociais, geralmente, não substituem os amigos perdidos. Estas diferenças entre homens e mulheres face às relações afetivas são devido ao processo de socialização ser diferente por género (Farré, 2009). Com efeito, na vida das mulheres as relações de amizade, de comunicação e de intimidade ocupam um lugar privilegiado, constituem um contínuo de respeito em relação aos primeiros vínculos que se estabelecem numa relação de mãe e filha, e favorecem a identificação de género. O CD constitui-se, então, como um local de encontro.

Para além dos amigos, os vizinhos são também importantes na adaptação à velhice, principalmente quando o idoso está geograficamente afastado ou não tem família. Os vizinhos constituem, pois, uma fonte especial de apoio aos idosos (Hernandis, 2006), principalmente quando vivem há muito tempo no mesmo local. São relacionamentos marcados pela proximidade geográfica e de contactos frequentes, duas características que podem ser associadas à provisão de auxílio, informação e realização de pequenas tarefas. Em relação às mulheres que vivem sós, Barreto (1984) afirma que mantêm as suas ligações sociais de vizinhança até bastante tarde, ao contrário das que passam a viver em casa de familiares.

Ainda que sejam relacionamentos não necessariamente íntimos, os vizinhos ajudam a criar um ambiente potencialmente seguro e acolhedor, são relevantes para a manutenção de sentimentos de bem-estar, satisfação com a vida, aliviando a solidão, promovendo conversação, partilhando reminiscências e servindo como uma ponte entre o indivíduo e a comunidade. Essa opinião está presente no depoimento seguinte:

As vizinhas são como família... É como família, eu preciso de qualquer coisa, recorro a uma vizinha...ajuda muito quando eu não apareço, vêm bater à porta, para conversar um bocadinho comigo. EC19 F (2007, 2008)

Em algumas situações descritas pelos idosos, os vizinhos desempenham uma função protectora importante para a estabilidade emocional e o bem-estar físico, particularmente em certos momentos da vida marcados pela viuvez ou outras situações de carência ou privação. É com o vizinho, pessoa fisicamente mais próxima, que alguns idosos desenvolvem fortes laços de amizade, de confiança e de entreaajuda no que

toca a questões instrumentais e afectivas. Por essa razão, Azeredo (2011) enfatiza a necessidade do idoso manter uma rede social alargada e diversificada, que vá além das amizades ligadas à sua ocupação, como forma de se manter activo até idade avançada.

As mudanças *na coabitação* são também mencionadas pelos participantes como um factor importante que influencia muitos dos seus comportamentos a nível da convivência familiar. Envolvem de forma indirecta as dificuldades na adaptação a mudanças, como é exemplificado no relato:

Houve uma mudança muito grande assim repentina ... Para nós é mais difícil. Adaptarmo-nos ao estilo de vida, à maneira de educar, à maneira de... hoje as educações de agora, faz-me muita impressão porque é muito diferente do meu tempo. ES1 F (2007, 2008)

Mesmo num cenário familiar, os idosos sentem-se desajustados, pois viveram noutra contexto educacional, cultural e tecnológico. A tendência para um natural afastamento de gerações tem-se acentuado nas últimas décadas em função da rápida mudança de valores sociais e das transformações tecnológicas que dificultam a comunicação e a aproximação entre jovens e idosos (Silva, 2009), porque na convivência familiar a falta de assunto pela mobilidade sociocultural afasta-os.

A residirem com os filhos, as idosas mulheres, ficam de certa forma privadas da intimidade e da independência que antes gozavam. Assumem que deixar a casa constituiu uma perda a vários níveis, mas a que mais evidenciam é a perda da privacidade:

Custou-me muito, muito, deixar a minha casinha velhinha! Deito-me quando quero, vou aonde quero, sem pedir licença a ninguém ... Porque estando com eles a gente tem vergonha, nem que não possa, tem de estar à frente deles. E9 F (2007, 2008)

O desejo de permanecer na própria casa para Ballesteros e Rodríguez (2004) deve-se a três factores: facilidade de acesso aos serviços e equipamentos; facilidade em estabelecer relações sociais (parentes e amigos que vivem perto); e a localização.

A *adaptação às mudanças sociais* também se estende a outros sectores, nomeadamente à sociedade em geral. No presente estudo, os idosos queixam-se da pouca tolerância dos mais novos, como explicita uma das participantes:

Os novos não ligam, a gente entra num autocarro, empurram a gente, não se importam se são idosas, se não são. Não têm, não têm respeito pela pessoa idosa. Há umas que têm, outras não. EC19 F (2007, 2008)

Mas há opiniões contrárias às expressas anteriormente que atribuem aos indivíduos do

seu grupo etário menor tolerância:

São os da nossa idade que criticam, não são os jovens! Nisso, os jovens são muito generosos! Admiro a generosidade dos jovens. Pois, até nem gosto de estar a ouvir criticar os jovens. Jovens, são jovens! As pessoas já se esqueceram que já foram jovens? ES1 F (2007, 2008)

Mesmo que se entenda a velhice como um processo que acontece naturalmente na vida das pessoas, a convivência social dos idosos é reduzida e, em consequência, ocorre a diminuição das suas interações sociais. Isso deve-se ao facto de a pessoa idosa, geralmente, diminuir a sua participação na sociedade e, também, ao abandono do seu papel social principal, o que faz retrair directamente a sua vida em sociedade.

Falar sobre os seus *medos* leva-os a reconhecerem que não são os únicos a tê-los e a compreenderem que há formas de lidar com eles. Os idosos estão preocupados com o envelhecimento, os seus danos e, consequentemente, com as repercussões negativas na sua vida, como a perda de competências intelectuais e capacidades físicas em geral, que podem levar à dependência e à institucionalização. Por outras palavras, a experiência de envelhecer suscita *medos, temores e receios*, os quais se expressam na forma de preocupações e apreensões com o futuro e com a velhice que se aproxima. Emerge o medo da dependência, da institucionalização e da proximidade da morte.

O medo da dependência, expresso pela maioria dos idosos, em particular pelas mulheres, está ligado ao envelhecimento do corpo, à possibilidade de ficar acamado, à solidão e finitude da vida, e identifica-se com a necessidade de depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas. Receiam ser um encargo pesado para a família; sentem, fundamentalmente, a perda de controlo sobre a sua vida. Os excertos das entrevistas que apresentamos a seguir ilustram esta dupla perspetiva expressa pelos idosos:

Eu só tenho medo do seguinte, é eu ir envelhecendo, mais do que já estou, e ter de ficar numa cama acamada, o medo que eu tenho é esse, serem os outros a fazerem-me as coisas todas. todas ... sobrecarregar a família. EC19 F (2007, 2008)

Eu tenho medo da dependência Quem vai tratar de mim, tomar conta de mim e fazer as coisas que eu não posso? O dinheiro também é pouco ... Gf S (2007, 2008)

Nos discursos são identificadas situações em que a família tem tendência a impor limitações à iniciativa do idoso, afastando-o de atividades que ele sente que é capaz de realizar e restringindo a sua área de circulação:

Estão sempre em cuidado comigo. Por exemplo, ontem fui à baixa, já há oito anos que não ia à baixa sozinha, eles não me deixam ir sozinha ... e eu fui e não disse nada a ninguém ... Protegem-me muito. EC15 F (2007, 2008)

Assim, na velhice, a dependência configura-se como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem as suas próprias vidas. E os familiares ao adoptarem uma atitude protecionista agravam esse sentimento de dependência.

A dependência na velhice, resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida, compreende as mudanças biológicas e as transformações exigidas pelo meio social. Nessa perspectiva, Baltes e Silverberg (1995) discriminam a dependência em três níveis: i) a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que produz; ii) a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária; iii) a dependência comportamental, socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem. Este último nível refere-se à circunstância em que uma pessoa é considerada incompetente para realizar as suas tarefas. Diante dessa avaliação, alguém assume a função de as fazer em seu lugar, mesmo que não haja necessidade ou que a própria pessoa não o deseje. Ainda assim, os idosos esforçam-se no sentido da maior independência:

Eu faço o possível por ser sempre eu a andar, ser sempre eu a fazer e a resolver as minhas coisas. Não posso dizer que não preciso de ninguém; eu preciso. Mas não estou atida como muita gente está. Atida a que lhe façam isto, aquilo ou aqueloutro.
EN4 F (2007, 2008)

A dependência das pessoas deve-se não só à sua incapacidade física mas também às dificuldades familiares e à escassez de apoios sociais, que, por razões ligadas à “perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma ajuda importante, a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades de vida diária” (Amaral & Vicente, 2001, p. 21). Em suma, o facto de uma pessoa não poder efetuar as principais atividades de vida sem ajuda porque é idosa ou por outros motivos (físicos, psicológicos, sociais ou económicos) torna-o dependente. Além disso, a relação estabelecida entre velhice e dependência é uma representação antagónica ao ideal humano que é, entre outros, o de manter-se ativo, produtivo, lúcido, saudável e o ser capaz de tomar as suas próprias decisões.

Os medos muitas vezes demonstrados pelos idosos são angústias vividas por antecipação “A única coisa que não me sinto feliz ... é com o medo que daqui a amanhã já não poder fazer as minhas coisitas” EC13 F (2007, 2008). “Não querer incomodar os outros”, nomeadamente a família, é, também, algo de extrema importância pelo contacto afetivo que representa. Sobressai, pela mesma razão, a preocupação de afirmar o respeito pela vida privada da/o filha/o e o *não querer dar trabalho*. Oliveira (2010) aponta como uma característica imputada aos idosos o surgimento de novos medos como o de incomodar, de ser um peso ou estorvo, de sobrecarregar os familiares. Dessa forma, notamos que,

além do medo da sensação física e emocional de ficar de cama, de estar sozinho ou de morrer, o que mais assustam os idosos é o medo do desconhecido, a insegurança de não poder controlar aquilo que não conhece e a perda de autonomia.

Nos idosos com relações familiares fracas, que eles próprios classificam de conflituosas, ou sem familiares directos (pessoas solteiras e/ou sem filhos), prevalecem os receios de *não ter quem o cuide* em situação de dependência e de não ter recursos para ingressar numa instituição. A incerteza do futuro, aumenta quando não há uma rede de apoio familiar. A resignação com a vida e com o destino é, também, um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os mais velhos, que, em conjunto com uma profunda atitude religiosa define a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso (Paúl et al., 2005). A solidão é ainda agravada pela dúvida de ter companhia ou alguém que o cuide na sua velhice, mas a fé em Deus ajuda a aceitar esse medo e até a superá-lo.

As mulheres idosas manifestaram o medo da perda da intimidade e da privacidade do corpo e que está directamente relacionado com a dependência. A privacidade remete para o conceito de *guardar, reservar* e identifica-se com a capacidade de cada pessoa poder exercer controlo sobre o acesso a si, nos aspectos físicos e psíquicos, bem como a reserva sobre informações a seu respeito e cuja decisão só pode autónoma:

Não estou habituada a que outras pessoas cuidem de mim. De maneira que gosto sempre eu de fazer este trabalho. Não, não é as outras pessoas não sejam capazes é porque conhecer, hum, como é que hei-de dizer? Por irem meter-se na minha intimidade. Porque custa sempre que eu tiver que perder a minha intimidade e expor-me aos outros, não é? GfN2 (2007, 2008)

Este excerto faz refletir acerca da necessidade de tocar o corpo para cuidar da pessoa, tocando também a sua intimidade. Na verdade, a experiência de intimidade necessita da reciprocidade do outro, de encontros que possibilitem a vivência da intersubjetividade, o encontro de identidades (Ourives, 2004) e não de encontros que transformem os intervenientes em objetos mútuos. A preservação da intimidade é, também, apresentada pelos idosos como uma estratégia para os familiares não constatarem as alterações sofridas pelo seu corpo no decorrer do envelhecimento, optando, nessa situação, por serem cuidados por terceiros. Acerca do grau de dependência de um grupo de idosos, nas atividades de vida diária, Silva (2009) opina que o pudor ocorre com a exposição do corpo até para pessoas da sua intimidade, que cria constrangimento, sendo necessário algum tempo para que eles aceitem que outros façam sua higiene íntima.

Um dos medos persistente é o medo de ter de ingressar num lar. Os idosos evidenciam que não é do seu agrado ir viver para lá, mas, devido à indisponibilidade dos filhos, aceitam-no como alternativa. Ser cuidado por um familiar pode ser encarado como uma

retribuição ao carinho e cuidado que estes idosos ofereceram ao longo das suas vidas, um caminho natural de uma sociedade acostumada a cuidar de seus pais na velhice. Perante as alterações que se verificam na família e na sociedade atual, a institucionalização é uma alternativa para quem, apesar de desejar outro tipo de solução, deixar de ter condições de continuar a viver na sua própria casa, como explica uma idosa:

Tenho três filhos, mas todos eles têm a sua vida. E eu penso “Então, eu vou para um lar”, mas custa-me deixar o meu cantinho. Eu não lhes posso prejudicar a vida, eles têm a vida deles. Eles trabalham. Ora, eu não tenho o direito, podendo ir para um lar, de estar a prejudicar a vida deles. Esse é o meu receio, mas não se preocupem com isso, que eu habituo-me, vou-me habituando aqui ... Gf 2 (2007, 2008)

Com a evolução da sociedade a família mudou os seus hábitos diários e a falta de tempo entrou no vocabulário dos que estão ainda na vida activa. Os idosos, conscientes da pouca disponibilidade dos familiares para lhes prestar apoio, justificam que não é por falta de vontade ou afeto, mas pela exigência da atividade profissional.

Intimamente embutidas nas representações sociais de velhice estão as representações sobre os lares ou instituições de acolhimento/residências para idosos:

Não quero ir para um lar. Eu só tenho medo é o seguinte, é eu ir envelhecendo mais do que já estou e ter de ficar numa cama acamada, ser tratado como uma coisa ... o medo que eu tenho é esse, mas não quero ir para um lar ... eu bem vejo como é ... EC19 F (2007, 2008)

Viver na própria casa é fundamental para o idoso, na medida em que valoriza a sua independência, e, por isso, prefere manter-se lá, em vez de viver em casa de familiares ou num lar (instituição), o mesmo ocorre em relação ao meio onde reside. Os idosos têm a noção de que a institucionalização retira toda a privacidade e sujeita-os ao controlo e dependência perante a regulamentação interna.

Ainda assim, os lares são vistos como instituições que protegem e cuidam das pessoas quando estas deixam de ser capazes de estar sozinhas:

Têm é que nos tratar bem e nestas casas eles tratam. Porque a minha família quer cuidar de mim, mas a minha filha neste momento não pode. Não pode porque tem a vida dela com muito trabalho. E essas casas servem para quando já não podemos fazer esta vida que fazemos agora. GfC (2007, 2008)

Arca (2007) identifica dois preconceitos arraigados na mentalidade dos idosos. O primeiro refere-se às vivências pessoais que os induzem a identificar a residência com os antigos asilos onde as condições de vida eram insalubres e degradantes, sendo, por

isso, conotados com a pobreza e a indigência. O segundo preconceito é o sentimento de abandono familiar causado pelo ingresso num lar.

Os lares representam, portanto, para os idosos, uma garantia de apoio quando a rede de interação não tem capacidade para tal (Pimentel, 2001), principalmente quando os filhos, pilares de apoio para a maioria, vivem constrangimentos profissionais e têm, ainda, grandes responsabilidades de criar e educar os próprios filhos (Figueiredo, 2007). Assim, a existência de lares é encarada como uma vantagem quando o idoso analisa o estilo de vida atual e as obrigações dos filhos. O facto de estarem conscientes da indisponibilidade dos familiares para prestar um apoio continuado leva-os a considerar o lar como uma alternativa no futuro.

O lar é também encarado, por alguns idosos, como um local que pode dar dignidade e bem-estar à pessoa quando ela não tem condições para ser independente, mas essa opção só se coloca quando perderem a autonomia, pois enquanto mantiverem capacidades físicas e mentais para desenvolverem as suas atividades de vida diária pretendem permanecer em suas casas. Paúl (1997) opina que a institucionalização ocorre na sequência da incapacidade funcional do indivíduo, combinada com a ausência de apoios sociais. A opção por viver no lar é identificada por alguns autores com despersonalização (Pavarini & Neri, 2005) e perda de autonomia. Diante da possibilidade de residir numa instituição de longa permanência os depoimentos dos idosos mostram um descontentamento geral, quase unânime, um receio de passarem a viver sozinhos, de se sentirem sós ou abandonados.

Os idosos manifestam o desejo de ficar em casa como forma de manter o seu espaço familiar e os seus hábitos de vida, num território privado, desejo esse que resulta da necessidade individual de espaço territorial (Kihlgren & Thorsén, 1996, 1998). Ao institucionalizarem-se, sentem-se ameaçados, pois o seu espaço privado é facilmente violado (Randers & Mattiasson, 2000). A institucionalização é, assim, um evento importante para os idosos podendo afetar negativamente a sua adaptação e a capacidade de realizar atividades diárias (Bekhet, Zauszniewski, & Nakhla, 2009).

A vontade do idoso em querer permanecer na sua casa está também relacionada com a comunidade onde a mesma está inserido, e conjuga-se num ambiente de rotinas e conhecimentos, cuja rotura implica alteração no estilo de vida (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006). Na sua casa os idosos sentem mais segurança contra a adversidade do meio ambiente, mais privacidade individual e familiar, para além de ser um local de identidade, uma vez que toda a decoração, móveis e ambiente refletem a sua individualidade e as lembranças, que são a continuidade entre o presente e o passado.

É fácil perceber que sejam os idosos os que mais pensam na morte, pois a idade vai avançando e a própria sabedoria popular que eles evocam com frequência dá conta

dessa mesma proximidade, entendida através das expressões *quem já andou, já não tem para andar*. O pensamento na morte está, portanto, mais ou menos presente em quase todos os idosos. À medida que se envelhece a morte está cada vez mais perto, as perdas são inevitáveis (perdem-se os pais, os irmãos, os amigos, o cônjuge) e o idoso não pode deixar de se confrontar com a realidade, principalmente quando está em causa a perda da capacidade de cuidar dos familiares que estão sob os seus cuidados.

As pessoas idosas, participantes no estudo, encaram a morte positivamente, porque põe fim ao sofrimento, físico ou psicológico. Por outro lado, exprimem sentimentos negativos em que a morte é vista como um fim, castigo, separação ou, medo de deixar quem precisa dos seus cuidados. A percepção de que se tem um papel, mais ou menos relevante, a desempenhar junto dos outros, pode ser um objetivo de vida. Ter por que viver e para quem viver é condições necessárias ao bem-estar (Silva, 2005). Nos casais a preocupação é mais com o cônjuge, sobretudo quando o contacto com os filhos é caracterizado por um envolvimento superficial ou visitas esporádicas, como explicita um idoso:

Só tenho medo de morrer, de a minha mulher ficar. Se eu morrer, com quem fica a minha mulher? Tenho medo que a mulher fique sozinha. Porque tenho medo que os meus filhos não contribuam, pouco se têm interessado e visitas raramente, e vivemos todos aqui [Coimbra] ... É só isso que me mete medo a mim. De resto... Tenho de morrer! EN2 M (2007, 2008)

O medo da morte é universal e há muitas razões para fugir de a encarar calmamente. Para Kubler-Ross (1996), uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é muito solitário, muito mecânico e muito desumano. O pensamento que reflete, frequentemente, a própria morte associa-se a um processo de morrer para não viver uma grave dependência e poder vir a ser um fardo para a família, além do medo de morrer só. Por outras palavras, o que os idosos mais temem na morte são os acontecimentos que a envolvem, como, por exemplo, a rejeição, o isolamento, a solidão, a doença prolongada, a perda do papel social e a da autonomia.

Por outro lado, não ter medo da morte pode ser uma posição sustentada racionalmente, com o evitamento do contacto mais profundo com emoções, relacionado não só com uma defesa inconsciente mas também com a menor valorização do viver nas condições atuais, perante a perspectiva de continuidade de uma vida melhor após a morte (Araújo, Helmer, Gomes, Fukuda, & Freitas, 2009).

Os idosos podem, pois, manifestar múltiplos sentimentos, difíceis de narrar, à medida que sentem a morte aproximar-se. Mas estes sentimentos vão depender de cada um, de como viveu a vida, de quem o rodeia, da fé religiosa, da maneira como poderá vir a

morrer (local, sozinho, etc.). Ainda neste processo, o idoso encontra na espiritualidade uma forma de minimizar o medo de uma morte dolorosa, de sofrer antes de morrer.

As *perdas* não são exclusivas da velhice e acumulam-se ao longo do ciclo vital. No decorrer da sua existência, o idoso enfrentou situações de privação de algo que possuía anteriormente e carências geradoras de prejuízo pessoal e de transformações, que surgiram de forma gradativa. Entre elas destacamos a perda do papel profissional, amigos, familiares e contactos sociais gratificantes, assim como as alterações físicas e hormonais e o comprometimento das condições de saúde. Estes eventos, sobretudo os que dizem respeito às condições de saúde, podem comprometer a capacidade funcional, levar a pessoa à dependência e perda da autonomia, o que implica sujeição para a realização das atividades de vida diária. Por vezes, o envelhecimento é assustador porque pode pôr em causa a manutenção do seu estatuto de autónomo (económica e fisicamente), que lhe permite realizar as atividades necessárias para viver bem e, ainda, ameaça a permanência na própria casa.

No final da vida, há numerosas perdas relacionadas com a separação de tudo o que foi adquirido ao longo do percurso de cada um, final esse acompanhado, muitas vezes, pela perda das faculdades mentais e, por vezes, também pelo surgimento do sofrimento de não ter realizado o(s) projecto(s) a que se tinha proposto. O envelhecimento, a doença, o sofrimento e a proximidade da morte são ainda experiências de separação. Tudo o que significa rutura ou separação traz tristeza, faz parte do processo de adaptação à morte e requer acompanhamento espiritual (Cabodevilla, 2007).

A ideia da velhice como uma etapa de perdas encontra-se difundida na população. Efetivamente, os idosos vivenciaram, no decurso das suas longas vidas, inúmeras perdas, e nesta fase elas sucedem-se com mais frequência e uma maior proximidade, pois os seus pares, irmãos e amigos vão morrendo. Machado refere que “o sentimento de perda pode estar relacionado com causas diversas que vão desde o luto ao isolamento” (2003, p. 328). De todas as separações a morte é a mais temida, quando se trata do próprio ou de alguém querido. Quase sempre a surpresa da morte é prematura, inevitável e imprescindível. A perda do cônjuge é relatada como a mais significativa e acarreta dificuldades de adaptação a novas formas de vida, de construir ou reconstruir o novo círculo social. Acrescenta-se a essa perda a dos familiares e amigos. A morte do cônjuge, que produz impacto no modo de ser e de estar da pessoa idosa, está muitas vezes associada a sentimentos de solidão, pela perda de uma relação íntima muito particular.

A importância do cônjuge é mencionada por quase todos os idosos que sofreram a perda e que falam das dificuldades sentidas nesta fase de transição. São, principalmente, os homens viúvos que narram a tristeza sentida pela casa vazia. Para um dos viúvos, a

morte do cônjuge modificou profundamente a sua vida familiar, e à adaptação a esta perda, tão significativa, junta-se a necessidade de aprender a viver sozinho.

Depois de muitas décadas de convívio voltar para o lar e encontrar a casa vazia exige adaptação e aprender a viver sozinho. Na situação de viuvez, a pessoa vê-se diante da necessidade de mobilizar a sua capacidade adaptativa para fazer face a desafios de natureza material ou contextual (como ocupar o tempo, para onde ir) e para redefinir a sua identidade social e o sentido de utilidade da sua vida (Eliopoulos, 2011). Este é um dos acontecimentos que provoca a transição de um estágio de vida para outro, exigindo uma alteração no estatuto, nas atividades e dos papéis.

A par das perdas de familiares, os participantes também referem a inevitabilidade, resultante da idade avançada, da perda dos amigos. As relações de amizade tornam-se mais pragmáticas na velhice. Há amigos que dificilmente são substituíveis pela importância que têm na sustentação da identidade num mundo em mudança e na contribuição para a interpretação do passado e presente (Sousa et al., 2006).

O processo de envelhecimento leva, portanto, a determinadas perdas que se refletem na adaptação a esta fase da vida. Para Fonseca (2005b), as mesmas vão sendo integradas no funcionamento individual, não representam uma diminuição acentuada da qualidade de vida da pessoa idosa. Tal facto pode ser explicado pelo princípio da plasticidade apresentado por Baltes e Mayer em 1999, que defendem, nas primeiras fases do envelhecimento, um elevado potencial de adaptação dos idosos e reconstrução face às perdas, evidenciando, assim, a sua plasticidade para se adaptarem ao envelhecimento.

Apesar dos idosos entrevistados, de um modo geral, apresentarem um bom nível de autonomia e independência, o sentimento de perda também se estende aos aspectos físicos e de funcionalidade (a perdas de massa muscular, força, resistência física, de coordenação e mobilidade). O estado de saúde é mais ténue devido a doenças mais frequentes, mais graves, e com períodos de recuperação mais longos. Assim, os idosos são particularmente vulneráveis a perdas e lutos que são cumulativos, e com consequências a nível psicológico, físico, económico, social, sexual e interpessoal (Pimentel, 2001). Com a aproximação da velhice, as perdas sucedem-se e a maneira como cada pessoa experimenta e supera as mudanças difere de indivíduo para indivíduo (Comyn & Pérez, 2009), com a particularidade de, nesta fase da vida, o tempo para as superar ser menor.

Ser Idoso *versus* Ser velho

Entre os participantes a opinião é unânime em considerar o poder das palavras idoso e velho, pois interpretam-nas de forma diferente. Para uns, velho é um termo depreciativo,

enquanto para outros apenas sinónimo de uma idade que não podem negar. Já o termo idoso é, para alguns, mais agradável, mais leve e mais decente:

Velhos, não, não ... É que as palavras, ... as palavras marcam! ... As palavras pesam! As palavras têm peso e, como têm peso! É muito mais agradável a pessoa dizer “aquele idoso” que “aquele velho”. Eu sou uma pessoa! ES7 M (2007, 2008)

“Oh seu velho”, com desprezo, idoso é melhor Tratar por idoso é mais decente. É mais decente, é. ES F (2007, 2008)

Embora estes achados se reportem apenas a dois idosos, pela natureza discrepante dos mesmos e pelo tom de voz com que foram proferidas as palavras, importou realçar a importância de definir precocemente com o grupo a denominação social do seu agrado.

Se para uns a palavra velho tem uma conotação negativa, para outros o bilhete de identidade marca uma idade que se enquadra na categoria de velho, um marco importante, como exemplifica o testemunho de uma idosa.

Gosto da palavra velha, que eu não me importo de ser velha. Até costumo dizer: “Se me chamarem “nova” é que eu não gosto. Estão-me a gozar.” Acho que sou uma velha. Também me dizem que eu não tenho aparência ... Já me têm dito, quando eu digo que tenho 80 anos. ESJ1 F (2007, 2008)

Algumas das participantes do estudo não se sentem velhas nem idosas, pois pensam ter a mesma disposição para fazer as coisas, por isso são simplesmente pessoas que envelhecem. As palavras assumem, assim, no entender dos idosos, um cunho que denigre, que faz com que o valor das pessoas idosas seja diminuído, como explícita o testemunho:

Chamar VELHOS ... Sim, não admito isso, não ... Não admito, quer dizer, não considero a maneira como as pessoas falam, não considero bem. Acho que é, é depreciativo e não tem razão de ser. Mesmo “idoso”, é depreciativo. Desde que a pessoa contribua para o seu bem-estar NÃO É IDOSO ... Acho que realmente é depreciativo estarem a falar em “idoso” E nós não somos nem uma coisa nem outra. EN4 F (2007, 2008)

Na percepção da velhice, não se consideram idosos ou velhos enquanto estiverem na posse das suas faculdades mentais, o *cérebro bom*, apesar das limitações que paulatinamente vão sentindo:

Enquanto as pessoas tiverem as suas faculdades mentais organizadas, nunca se é velho, não é? Enquanto tiver este espírito não, não ... EN13 M (2007, 2008)

Eu nem me sinto velho. Pois, tenho esta idade, tenho o cérebro bom, O espírito de novo, essas coisas ...Tenho as minhas limitações ... Considero que estou a entrar já numa certa idade, já por certas limitações que tenho, mas considerar-me velho, ai não! ES2 M (2007, 2008)

A visão da velhice como estado de espírito dá a entender que o envelhecimento psicológico não está, como o biológico, previamente determinado e que pode ser contrariado. Não envelhecer psicologicamente é o resultado de uma atitude ativa de oposição à idade e de vontade de fazer coisas:

Tenho que envelhecer, eu tenho que envelhecer assim como todos nós, agora a idade não me diz nada enquanto tiver esta genica, este espírito irrequieto. Não vou ser idosa nem velha. EC8 F (2007, 2008)

Porque eu tenho genica! As pessoas quando deixam de ter genica ficam mais... idosas. ... Perdem a vontade. Enquanto se tem vontade de viver e de lutar, nunca se é, nunca se é idoso ou velho. EN7 M (2007, 2008)

Cada indivíduo elabora, à sua maneira, esquemas e estratégias de adaptação pessoal à velhice. Reflexos de toda a sua história de vida, esses esquemas poderão ser mais ou menos construtivos e socialmente positivos. De acordo com Vaz (2008), a velhice associada ao estado de espírito admite uma perspicácia de classificação que é a dos *velhos que são novos* e a dos *novos que são velhos*. Desta forma, é-se velho ou idoso quando se perde a vontade de viver e de lutar por uma vida melhor, quando se perde a genica para empreender coisas novas, independentemente da idade cronológica. E ainda que a aparência exterior indique a passagem dos anos, o que conta verdadeiramente são os sonhos que ainda acalentam:

Não me considero velha. Interiormente não sou velha, eu às vezes até me ponho assim a pensar, “Oh meu Deus, tu já devias ter juízo”, eu falo comigo mesma, interiormente, ” porque tenho sonhos”, às vezes, gostava disto e daquilo. é por isso que eu os tenho [os sonhos] ... EC6 (2007, 2008)

O exemplo da atitude de pessoas com muita idade (mais de oitenta anos), de conversar com finura, de se interessar pelo que se passa pelo mundo e de ter a preocupação de cuidar da aparência acentuam essa noção de que a velhice depende do estado de espírito voluntarista que cada pessoa consegue manter, como explicita o excerto seguinte:

Tenho idade, mas não sou idosa tenho, como se diz ... o espírito de nova, assim quer dizer, não posso estar quieta, tenho de andar sempre a mexer, sempre a trabalhar e a andar ... eu não sou daquelas pessoas que me deixo ir assim abaixo, desmazelada, não, gosto de andar assim limpinha, arranjadinha, gosto de sair bem arranjada, ... Não sou idosa porque sou toda alegre. EC19 F (2007, 2008)

Encontramos pessoas com idade cronológica para ser consideradas idosas socialmente, que se sentem envelhecidas em termos físicos, mas com espírito de jovem: “O meu espírito não está em conformidade com o físico, envelheci mais a nível físico do que do espírito. De espírito não sou idosa. É isso mesmo que eu sinto.” ES3 F (2007, 2008).

No estudo realizado por Vaz (2008), os participantes rejeitam a palavra velha, interpretada como a imagem que têm do outro e que não querem para si. Com efeito, a expressão da velhice e do envelhecimento materializada na aparência das pessoas (Silva, 2005) faz com que essa aparência seja um critério para o mundo dos outros.

As categorias, construídas a partir dos discursos, refletem as representações dos participantes sobre o envelhecer, mais especificamente da conceção de *ser idoso* versus *ser velho*, para uns um privilégio e para outra desvantagem em relação a idades anteriores, mas com clara diferença em termos do número de anos:

Velhinha é ter muitos anos mas ter capacidades, como aqui algumas idosas mas velhinhas, para ai com 90 e tal anos, mas ainda tem capacidades para lutar para ir a passeios, para tudo isso. Idosas são as que têm mais de oitenta mas que fazem tudo. EC9 F (2007, 2008)

A maioria dos idosos aceita, portanto, as denominações mais frequentes de idoso e de velho por se ajustarem ao seu sentir e atribuem-lhes privilégios e desvantagens.

Ser idoso

Para os participantes *ser idoso* é um privilégio que reside em ter vivido muitos anos e constitui uma fase da vida de libertação ao nível das suas responsabilidades sociais/laborais e familiares:

Uma pessoa idosa para mim, é uma pessoa que já está há muito ano na vida pronto, a pessoa idosa, ela pode ser idosa, pela sua maneira de ser ou porque já tem muitos anos porque há idosos com 85 anos e com 90 muito bem outros com 80 e outros já estão mais caidinhos, nem lhe sei bem ... o idoso, é uma pessoa que já está no mundo há muitos anos ... Ai eu acho que a partir dos 70, nós notamos, eu acho que um idoso começa a partir dos 70. EC14 F (2007, 2008)

Então eu sou idosa porque tenho muitos anos ... Então sou. Olhe quer crer que eu até esta altura dos, dos ... 90, pois, eu não ligava nenhuma aos anos, os anos iam passando e eu não ligava nenhuma, era só andar, gostava muito de brincar, de passear ... EC18 F (2007, 2008)

A satisfação com a vida, elemento indispensável ao bem-estar emocional, pode manter-se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas de vida, que devem ser reformuladas de acordo com novos valores:

Mas, sinto-me bem assim como estou! Já passei estes anos todos, o tempo que vivi com os meus, tudo isso me alegra, me dá satisfação, não me importo nada do tempo, dos anos que tenho! Não me importo! Não me faz diferença. GfN2 (2007, 2008)

De facto, a aceitação da velhice como uma etapa da vida implica um reposicionamento dos valores e um voltar-se para dentro de si mesmo. Vozes contrárias indicam o idoso como uma pessoa sem forças, dependente dos outros:

Para mim, idoso é aquele que está acamado, que já não pode fazer nada, que já não tem forças, esse é que é idoso ... idoso é só quando já fica muito dependente dos outros, quando já não é capaz ... depende dos outros, não é capaz de resolver o problema, isso então é que é idoso. EC12 M (2007, 2008)

Os idosos apontam não só as perdas e as limitações mas também os aspectos positivos dessa fase da vida, nomeadamente a participação nos grupos de convivência. Para algumas idosas, esta é a melhor fase da sua vida pela liberdade, que lhes é dada, de viver, longe dos compromissos familiares de outrora.

Ser velho

Existe, então, uma ambivalência na forma como os idosos participantes do estudo analisam a questão de *ser velho*. Como dissemos, para uns representa o conjunto de transformações negativas ligadas ao conceito tradicional de velhice, enquanto para outros é um privilégio.

O privilégio de *ser velho* advém de ter alcançado grande longevidade, sabedoria e experiência. Alguns depoimentos colhidos ilustram esse privilégio:

Sou velhinha porque tenho 93 anos, está a perceber, não é [risos], pois ... o velho tem que ter muita idade. EC3 F (2007, 2008)

Velha é uma pessoa que já viveu bastante e tem uma certa sabedoria. ES F (2007, 2008)

Ser velho está também associado às transformações que constataam, quer na própria vida quer na vida dos que os rodeiam, a exclusão da rede produtiva, a falta de capacidade pessoal, esta última traduzida na pessoa que necessita de cuidados, sem força, sem vontade, doente e incapacitado, e, por isso, relacionado com a tristeza, a falta de préstimo, a dependência e a proximidade da morte:

A pessoa velhinha fica ali, parada ... Estar para aqui assim, sem se poder mexer ... E ter de estarem a dizer “Olha, não se suje!”, e “Olhe, o comer na boca!”, e “Olhe, isto” e “Olhe, aquilo!” EN3 F (2007, 2008)

Velho só já completamente dependente dos outros ... EC12 M (2007, 2008); Do velho pouco se pode esperar” EfC2; Ser velho é já estar naquele declínio para morrer. ES2 M (2007, 2008)

A consciência de si enquanto pessoa com limitações é manifestada do seguinte modo:

Eu, eu não posso lidar com a minha vida como eu lidava, tenho muitos problemas, por isso sinto-me uma pessoa velha, velha e acabada mesmo... GfC1 (2007, 2008)

Assim, entre os participantes, o entendimento acerca do que é *ser velho* decorre das questões de atividade e do estilo de vida, ou seja, enquanto realizarem atividades individuais, ou sociais, poderão levar uma vida como qualquer outra pessoa, mesmo com as suas limitações físicas derivadas do processo natural do envelhecimento.

Ser idoso/ser velho oscila entre uma conceção mais negativa, marcada pela idade, até ao outro extremo em que a idade não conta, porque é alegre, tem genica e espírito jovem. Pensamos que esta heterogeneidade de significados ou representações traduz a diferença entre as pessoas em função das suas histórias de vida. Ao estudar os motivos das divergências de interpretação sobre a velhice, Zimerman (2000) concluiu que os idosos com bom nível de capacidade funcional e autonomia, com as doenças crónicas controladas e um bom nível financeiro conceituavam positivamente a velhice, o que não ocorria em situações opostas.

CONCLUSÕES

A velhice é analisada pelos idosos num contexto heterogéneo, em que cada pessoa tem uma história e uma experiência individual, construídas durante toda a vida, o que faz com que cada um envelheça e vivencie experiências diferentes durante esse período. A velhice como estado de espírito dá a entender que o envelhecimento psicológico não está, como o biológico, previamente determinado

A vantagem de ser idoso é *viver muitos anos* e *ser válido* para os que o rodeiam. Já *ser velho* é associar a muita idade à sabedoria e experiência. No que toca a desvantagens, para os primeiros a idade torna-os menos aptos, mais dependentes e desligados das coisas; para os segundos, não ter préstimo, estarem mais suscetíveis à dependência e mais perto da morte.

Com o envelhecimento os idosos confrontam-se com uma série de mudanças a que paulatinamente se adaptam: a viuvez, a morte dos pares, eventualmente problemas financeiros e a necessidade de mudar de residência, para ir viver com os filhos. As perdas (de cônjuge, familiares e amigos) e os medos (desde alterações da mobilidade até ao medo da morte, passando pelo receio de perda de lucidez e de vir a ser um peso para os outros) estabelecem-se nesta fase da vida.

Assim, definir alguém como sendo idoso é algo que não é fácil e que está longe de ser consensual, tanto que o senso comum utiliza as mais variadas expressões para designar esse grupo da população (velho, idoso, terceira idade, sénior, entre outras). Se não houver a preocupação de ajustar uma expressão adequada e única para designar as pessoas pertencentes à faixa etária de 65 anos ou mais, prevalece o mito de se considerar a velhice um sinal de fragilidade, decadência e/ou dependência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfageme, A. C. (1999). Envejecimiento y desigualdade social. *Revista Internacional de Sociologia*, 24, 121-135.
- Amaral, M. F., & Vicente, M. O. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*, 13(158), 8-14.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & I. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa, Portugal: ISPA.
- Araújo, L., & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl, *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-170). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Araújo, L., Helmer, D., Gomes, L., Fukuda, C., & Freitas, M. (2009). Medo à morte e ao morrer em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*, 31(2), 213-218.
- Arca, B. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas: Contexto social e intervenção educativa* (pp. 269-280). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Azeredo, Z. (2011). Bem envelhecer. In Z. Azeredo, *O idoso como um todo* (pp. 131-143). Viseu, Portugal: Psico & Soma.
- Ballesteros, R. (2004). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernandez-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 31-53). Madrid, Espanha: Ediciones Pirâmide.
- Ballesteros, R., & Rodríguez, J. (2004). Ambiente e vejez. In R. Fernandez-Ballesteros, & R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 251-273). Madrid, Espanha: Pirâmide.
- Baltes, M., & Silvenberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In N. A (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 73-110). Campinas, Brasil: Papirus.

- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge Press.
- Barreto, A. (1984). Estado central e descentralização: Antecedentes e evolução, 1974-84. *Análise Social*, 20 (81-82), 191-218.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. E. (2009). Reasons for relocation to retirement communities: A qualitative study. *West J Nurs Res*, 31(4), 462-479.
- Cabodevilla, I. (2007). *Las pérdidas y sus duelos*. Retirado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600012&script=sci_arttext
- Comyn, M. A., & Pérez, M. C. (2009). El sentido de la preparación para la muerte y las pérdidas. In P. J. García, *Vejez, dependencia y salud: Guía práctica de gerontología* (pp. 109-118). Madrid, Espanha: Pirâmide.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem gerontológica* (7ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Erbolato, R. (2002). Relações sociais na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. Cançado, M. L. Gorgoni, & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 957-964). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara-Koogan.
- Farré, A. F. (2009). Vejez y género. In P. J. Gacía, *Vejez, dependencia y salud: Guía práctica de gerontología* (pp. 139-146). Madrid, Espanha: Pirâmide.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras, Portugal: Celta.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005a). Aspectos psicológicos da passagem á reforma: Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 45-73). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2005b). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Hernandis, S. P. (2006). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. In S. P. Hernandez & M. S. Martínez, *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 221-256). Madrid, Espanha: Pearson Educación.
- Jaques, M. E. (2004). Ser idoso: Abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. *Sinais Vitais*, 55, 34-37.
- Jenks, J. M. (2002). A triangulação como estratégia de investigação qualitativa. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter, *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed. pp. 331-342). Loures, Portugal: Lusociência.
- Kihlgren, M., & Thorsén, H. (1996). Violation of the patient's integrity, seen by staff in long-term care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(2), 103-107.
- Kihlgren M., & Thorsén, H. (1998). Long-term care staff's view, over time, of a patient's integrity. *European Nursing*, 3, 254-63.

- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Lima, M. P. (2004). Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos. Porto, Portugal: Ambar.
- Machado, H. (2003). Novo paradigma da relação médico-doente, ciência e humanismo. Lisboa, Portugal: Almedina.
- Martin, S., & Aldeguer, P. (1990). *Epidemiología de la vejez: Que edad tendrá usted cuando cumpla 70 años ?*. Madrid, Espanha: Interamericana.
- Mendonça, F., Martinez, M. A., & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics*, 13(127), 33-49.
- Mercante, F. E., & Berzins, M. V. (2010). Discriminação e perversidade contra pessoas idosas revelada nas piadas. In M. V. Berzins & W. Malagutti, *Rompendo o silêncio: Faces da violência na velhice* (pp. 125-143). São Paulo, Brasil: Martinari.
- Nicolet, M. (1992). Des libertés sous tensions: Identité de genre et grand âge. In C. Saussure, *L'homme très âgé: quelles libertés?*. In Actes du 3^e congrès francophone des droits de l'Homme Âgé (pp 17-30). Genève, Suisse: Editions Médecine et Hygiène.
- Nuland, S. B. (2008). *A arte de envelhecer*. Cruz Quebrada, Portugal: Estrela Polar.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto, Portugal: Legis/ Livpsiq.
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do Idoso: Temas complementares*. Porto, Portugal: Livpsic/Legis.
- Ourives, A. (2004). Confidencialidade e privacidade. In M. Neves, & S. Pacheco, *Para uma ética da enfermagem* (pp. 249 – 262). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.
- Paúl, M. C. (1997). Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina.
- Paúl, M. C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pavarini, S. C., & Neri, A. L. (2005). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. A. Duarte, & M. J. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 49-70). São Paulo, Portugal: Atheneu.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Randers, I., & Mattiasson, A. (2000). The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. *Nursing Ethics*, 7 (6), 503-519.
- Rodríguez, J. A. (2004). Vejez y sociedad: Dimensiones psicosociales. In R. Fernandez-Ballesteros, *Gerontología social* (pp. 229-239). Madrid, Espanha: Ediciones Pirâmide.
- Sandbergh, J. (1997). Are phenomenographic results reliable?'. *Higher Education Research & Development*, 16 (2), 203 -212.

- Silva, J. V. (2009). O que significa ser idoso. In J. V. Silva, *Saúde do idoso e a enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos* (pp. 139-157). São Paulo, Brasil: Iátria.
- Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156) Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339–345.
- Sousa, L. (2004). Ciclo (final) de vida familiar. In L. Sousa, D. Figueiredo, & M. Cerqueira (Eds.), *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (pp. 13-58). Porto, Portugal: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Portugal: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel, Portugal: Editorial Novembro.
- Veysset, B (1989). *Dépendance et vieillissement*. Paris, France: Editions L' Harmattan.
- Vicente, M. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*, 13 (158), . 8-14.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso:Planejamento e métodos* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicosociais*. Porto Alegre, Brasil: Artemed.

CAPÍTULO II

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS - SÍNTESE DA EVIDÊNCIA E INTERVENÇÃO: PROGRAMA DE MANUTENÇÃO

JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO
DANIELA FILIPA BATISTA CARDOSO

INTRODUÇÃO

Na continuidade do capítulo *Estimulação Cognitiva em Idosos - Síntese da Evidência e Intervenção* (Apóstolo & Cardoso, 2014), apresentado na Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, número 8, Literacia em Saúde Mental – Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir, apresentamos neste trabalho a evidência produzida e publicada recentemente, bem como o Programa de Manutenção do Programa de Estimulação Cognitiva *Fazer a Diferença*.

Num recente artigo publicado por Apóstolo, Cardoso, Rosa, e Paúl (2014) são apresentados os resultados de um estudo randomizado controlado, entre 2012-2013, com 56 idosos (randomizados em grupos experimental e controlo) com o objetivo de descrever a eficácia da Estimulação Cognitiva (EC) na cognição e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados em Lares.

Os participantes do grupo experimental foram submetidos a 14 sessões de EC com o Programa de Estimulação Cognitiva “Fazer a Diferença” (PEC-FD) – Programa Principal, durante sete semanas, em grupos de seis a oito idosos. Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados habituais.

A EC melhorou significativamente a cognição, explicando 15,7% da variabilidade, mas não houve evidência estatística da sua eficácia nos sintomas depressivos. Esta melhoria não foi afetada pelo nível de dependência nas atividades básicas de vida diária que os idosos apresentavam na *baseline*. Estes resultados são consistentes com os resultados nacionais e internacionais anteriormente descritos, reforçando o conhecimento sobre a eficácia da EC na cognição dos idosos.

A EC oferece uma gama de atividades, proporcionando estimulação geral para o pensamento, concentração e memória, geralmente num ambiente social.

Estes resultados vão apoiar a implementação da EC em lares. Além do impacto sobre a independência e autonomia de idosos, a EC também pode ter ainda um impacto na economia, reduzindo os custos diretos do impacto da fragilidade nos idosos, necessitando este aspeto de ser avaliado.

Mais estudos estão a ser desenvolvidos em amostras de idosos residentes em Lares e idoso que frequentam Centros de Dia.

É necessário ainda produzir evidência sobre a eficácia da EC a longo prazo, pelo que apresentamos de seguida o Programa de Manutenção do PEC-FD.

PLANEAMENTO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA

Para planeamento da aplicação do Programa de Manutenção do PEC-FD consultar o capítulo VIII “Estimulação Cognitiva em Idosos - Síntese da Evidência e Intervenção” (Apóstolo & Cardoso, 2014) da Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, número 8, Literacia em Saúde Mental – Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS SESSÕES

PROGRAMA DE MANUTENÇÃO

SESSÃO 15 – INFÂNCIA (1ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Quiz em Equipa).

Jogo da bola – 1ª Ronda: Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome da cidade/aldeia onde nasceram; 2ª e 3ª ronda: lançar a bola dizendo o nome da cidade/aldeia onde nasceu a pessoa para quem atiram a bola.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Recuperar as fichas da sessão 3, ou no caso de não ser possível cada participante deverá preencher os seguintes itens:

A minha mãe chamava-se.....

O meu pai chamava-se.....

Tinha.....irmãos e.....irmãs.

Os meus irmãos chamavam-se.....

Vivíamos (morada).....

2 – De seguida cada participante apresenta, de acordo com os itens anteriores, o seu nome, nome da mãe, do pai e dos irmãos e o nome do local onde vivia. Após a apresentação, o responsável pela sessão escolherá aleatoriamente uma folha, lerá as informações, exceto o nome do implicado tendo os membros do grupo que identificar a pessoa a quem pertencem as informações.

(NOTA: os participantes deverão ser alertados para o facto de não revelarem a sua identidade quando os seus dados estiverem a ser lidos)

3 – Escolher um dos jogos da infância dos participantes, que tenha sido referido na sessão 3 – Infância, motivando os participantes a jogar esse mesmo jogo (exemplos: jogo do pião, jogo das 5 pedrinhas, macaca, lencinho,...)

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Questões Atuais).

Despedidas.

SESSÃO 16 – QUESTÕES ATUAIS (2ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Infância).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de rios de Portugal. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Discussão sobre diferentes temáticas (escrever no quadro as temáticas à medida que vão sendo debatidas).

Exemplos:

- a) Os homens e as mulheres devem ter papéis diferentes? Os homens devem cozinhar, lavar a casa e arrumar a roupa
- b) Os telemóveis são uma boa invenção?
- c) Deve haver uma idade de reforma igual para todos? Qual deve ser?
- d) É demasiado fácil divorciar-se hoje em dia?

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Questões Atuais).

Despedidas.

SESSÃO 17 – QUESTÕES ATUAIS (3ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Questões Atuais).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de cidades de Portugal. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Questões Atuais – Tal como na sessão 5, abordar notícias e acontecimentos, levando artigos de jornais e revistas atuais (de preferência mais que uma cópia de cada um para que os membros possam observar os mesmos artigos individualmente). Fazer perguntas acerca dos artigos (de preferência escrevê-las no quadro), para alimentar a discussão, pedindo opiniões sobre os diversos assuntos.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Usar Objetos).

Despedidas.

SESSÃO 18 – USAR OBJETOS (4ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Questões Atuais).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de objetos que sejam utilizados na cozinha. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

Pretende-se que a atividade a realizar neste momento implique o manuseamento de objetos por parte dos participantes

Por exemplo:

- Fazer um bolo (no caso de haver condições);
- Pintura;
- Jardinagem;
- Colagem;
- ...

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com Números).

Despedidas.

SESSÃO 19 – JOGOS COM NÚMEROS (5ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Usar Objetos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de jogos com números/jogos de mesa (tabuleiro)/jogos tradicionais (exemplos, sueca, xadrez, damas, dominó, bingo, bisco, jogo da malha, corrida de sacos, berlimde, macaca, jogo do peão, jogo do lenço, jogo do anel, cabra cega, jogo da paulada ao cântaro, monopólio, etc) e o nome da pessoa que deve receber a bola. Parar o jogo após 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Jogo do loto

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Quiz em Equipa).

Despedidas.

SESSÃO 20 – QUIZ EM EQUIPA (6ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Jogos com Números).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de atores famosos e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

Tal como na sessão 14, realizar um jogo de perguntas, dando três hipóteses de resposta para cada uma. Fazer alternadamente uma pergunta a uma equipa e depois a outra. Ganha a equipa que responder corretamente a mais perguntas. Se possível manter as mesmas equipas e os mesmos nomes das equipas usadas na sessão 14.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Música).

Despedidas.

SESSÃO 21 – MÚSICA (7ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar o nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Quiz em Equipa).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de cantores ou bandas. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir opiniões sobre acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Música – Reproduzir músicas da época e incentivar os participantes a acompanhar, cantando e utilizando instrumentos musicais (que podem ser improvisados) distribuídos previamente.

2 – Jogo de *preenchimento de canção* – Escrever no quadro o início de uma canção e pedir aos participantes que cantem o resto da canção. Se necessário ajudar reproduzindo o início da música. No final reproduzir a música completa.

Músicas (exemplos):

• Zeca Afonso – Venham Mais Cinco

Venham mais cinco, duma assentada que eu pago já
Do branco ou tinto, se o velho estica eu fico por cá
Se tem má pinta, dá-lhe um apito e põe-no a andar
De espada à cinta, já crê que é rei d'aquém e além-mar

Não me obriguem a vir para a rua
Gritar
Que é já tempo d' embalar a trouxa
E zarpar

Tiriririri buririririri, Tiriririri paraburibaie, 2X
Tiiiiiiiiiiiiii paraburibaie ...
Tiriririri buririririri, Tiriririri paraburibaie, 2X

A gente ajuda, havemos de ser mais
Eu bem sei
Mas há quem queira, deitar abaixo
O que eu levantei

A bucha é dura, mais dura é a razão
Que a sustem só nesta rusga
Não há lugar prós filhos da mãe

Não me obriguem a vir para a rua
Gritar
Que é já tempo d' embalar a trouxa
E zarpar

Bem me diziam, bem me avisavam
Como era a lei
Na minha terra, quem trepa
No coqueiro é o rei

A bucha é dura, mais dura é a razão
Que a sustem só nesta rusga
Não há lugar prós filhos da mãe

Não me obriguem a vir para a rua
Gritar
Que é já tempo d' embalar a trouxa
E zarpar

- **Paulo de Carvalho – E Depois do Adeus**

Quis saber quem sou

O que faço aqui

Quem me abandonou
De quem me esqueci

Perguntei por mim
Quis saber de nós
Mas o mar
Não me traz
Tua voz.
Em silêncio, amor
Em tristeza e fim
Eu te sinto, em flor
Eu te sofro, em mim
Eu te lembro, assim
Partir é morrer
Como amar
É ganhar
E perder.
Tu viste em flor
Eu te desfolhei
Tu te deste em amor
Eu nada te dei
Em teu corpo, amor
Eu adormeci
Morri nele
E ao morrer
Renasci.
E depois do amor
E depois de nós
O dizer adeus
O ficarmos sós
Teu lugar a mais
Tua ausência em mim
Tua paz
Que perdi
Minha dor
Que aprendi.
De novo vieste em flor
Te desfolhei...
E depois do amor
E depois de nós
O adeus
O ficarmos sós.

- **Amália Rodrigues – Uma Casa Portuguesa**

**Numa casa portuguesa fica bem,
pão e vinho sobre a mesa.
e se à porta humildemente bate alguém,
senta-se à mesa co'a gente.**

Fica bem esta franqueza, fica bem,
que o povo nunca desmente.
A alegria da pobreza
está nesta grande riqueza
de dar, e ficar contente.

Quatro paredes caiadas,
um cheirinho a alecrim,
um cacho de uvas doiradas,
duas rosas num jardim,
um São José de azulejo,
mais o sol da primavera...
uma promessa de beijos...
dois braços à minha espera...
É uma casa portuguesa, com certeza!
É, com certeza, uma casa portuguesa!

No conforto pobrezinho do meu lar,
há fartura de carinho.
e a cortina da janela é o luar,
mais o sol que bate nela...
Basta pouco, pouquinho p'ra alegrar
uma existência singela...
É só amor, pão e vinho
e um caldo verde, verdinho
a fumar na tigela.

Quatro paredes caiadas,
um cheirinho a alecrim,
um cacho de uvas doiradas,
duas rosas num jardim,
São José de azulejo
mais um sol de primavera...
uma promessa de beijos...
dois braços à minha espera...

É uma casa portuguesa, com certeza!
É, com certeza, uma casa portuguesa!

É uma casa portuguesa, com certeza!
É, com certeza, uma casa portuguesa!

- **Madalena Iglésias – Ele e Ela**

Sei quem ele é
Ele é bom rapaz
Um pouco tímido até
Vivia no sonho de encontrar o amor
Pois seu coração pedia mais,
Mais calor

Ela apareceu
E a beleza dela
Desde logo o prendeu
Gostam um do outro e agora ele diz
Que alcançou na vida o maior bem,
É feliz.

Só pensa nela
A toda a hora
Sonha com ela
P’la noite fora
Chora por ela
Se ela não vem

Só fala nela
Cada momento
Vive com ela
No pensamento
Ele sem ela
Não é ninguém

- **Simone de Oliveira – Desfolhada**

Corpo de linho
lábios de mosto
meu corpo lindo
meu fogo posto.

Eira de milho
luar de Agosto
quem faz um filho
fá-lo por gosto.

É milho-rei
milho vermelho
cravo de carne
bago de amor
filho de um rei
que sendo velho
volta a nascer
quando há calor.

Minha palavra dita à luz do sol nascente
meu madrigal de madrugada
amor amor amor amor amor presente
em cada espiga desfolhada.

Minha raiz de pinho verde
meu céu azul tocando a serra
oh minha mágoa e minha sede
oh mar ao sul da minha terra.

É trigo loiro
é além tejo
o meu país
neste momento
o sol o queima
o vento o beija
seara louca em movimento.

Minha palavra dita à luz do sol nascente
meu madrigal de madrugada
amor amor amor amor amor presente
em cada espiga desfolhada.

Olhos de amêndoa
cisterna escura
onde se alpendra
a desventura.

Moira escondida
moira encantada
lenda perdida
lenda encontrada.
Oh minha terra
minha aventura
casca de noz
desamparada.
Oh minha terra
minha lonjura
por mim perdida
por mim achada.

• **Manuela Bravo – Sobe, Sobe, Balão Sobe**

Sobe, sobe, balão sobe
Bada bada bada bada bada da...
Bada bada bada bada bada da...
Sobe, sobe, balão sobe
Sobe, sobe, balão sobe

Eu vivo a sonhar, não pensem mal de mim
Quanto mais não vale viver a vida assim?
Nas asas do sonho é bom andar sem norte
Não preciso vistos nem uso passaporte

Não tenho limites, parar não é comigo
Se ouço o meu amor, dizer: "Eu vou contigo!"
Ter essa certeza é luz dum novo dia
Vai, meu balão d'oiro envolto em fantasia

Sobe, sobe, balão sobe

Vai pedir àquela estrela
Que me deixe lá viver e sonhar
Levo o meu amor comigo
Pois eu sei que encontrei
O lugar ideal para amar

Sobe, sobe, balão sobe
Vai pedir àquela estrela
Que me deixe lá viver e sonhar

Levo o meu amor comigo
Pois eu sei que encontrei
O lugar ideal para amar

Sobe, sobe, balão sobe
Vai pedir àquela estrela
Que me deixe lá viver e sonhar
Levo o meu amor comigo
Pois eu sei que encontrei
O lugar ideal para amar

Sobe, sobe, balão sobe
Vai pedir àquela estrela
Que me deixe lá viver e sonhar
Levo o meu amor comigo
Pois eu sei que encontrei
O lugar ideal para amar

La la la la la la...
La la la la la la...
La la la la la la...
La la la...

Levo o meu amor comigo
Pois eu sei que encontrei
O lugar ideal para amar

Sobe, sobe, balão sobe
Balão sobe
(La la la la la la...)
(La la la la la la...)
(La la la...)

NOTA: O que está em destaque nas letras apresentadas como exemplo é o que se deve dar a conhecer aos participantes e escrever no quadro para que estes depois prossigam com a restante letra.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos Físicos).

Despedidas.

SESSÃO 22 – JOGOS FÍSICOS (8ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar o nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Música).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de desportos e o nome da pessoa que deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir opiniões sobre acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 - Jogo físico:

Formar equipas (dividir igualmente os participantes, formando 2 equipas de número igual – no caso de faltar um elemento, referir que na equipa que possui menos um elemento, um destes jogará 2 vezes para colmatar a falta).

Estabelecer limites de forma a formar um campo (dependendo do espaço existente no local onde está a ser realizado o PEC) e dar a conhecê-los aos participantes.

Distribuir uma pequena bola a cada elemento (de preferência que as bolas sejam de uma cor para os membros de uma equipa e de outra para os membros da equipa adversária).

O responsável coloca um objeto (por exemplo, um pino ou uma garrafa de água vazia) no centro do campo.

Um a um os participantes (alternando as equipas) devem atirar a bola que lhes foi distribuída de um local fora dos limites do campo que deve ser definido previamente com o intuito de derrubar o objeto colocado no centro do campo, contudo sem que esta depois ultrapasse os limites que delimitam o campo.

Pontuação (a ser explicada aos participantes antes do início do jogo):

Objeto derrubado, sem que a bola saia dos limites do campo – 2 pontos para a equipa

Objeto derrubado, mas bola sai dos limites do campo – 1 ponto

Objeto não derrubado, independentemente se foram ou não ultrapassados os limites do campo – 0 pontos

Nota: Jogar pelo menos 2 rondas, sendo que podem ser jogadas mais se o tempo despendido até ao momento assim o permitir.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Categorização de Objetos).

Despedidas.

SESSÃO 23 – CATEGORIZAÇÃO DE OBJETOS (9ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Jogos Físicos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de ferramentas e máquinas usadas na agricultura e jardinagem (como por exemplo, regador, sachola, pá, machado, vaso, ancinho, enxada, foice, tesoura da poda, trator agrícola, sementeiras, colhedoras, adubadoras) e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Jogo do elemento estranho – Escrever quatro palavras no quadro e pedir ao grupo que adivinhe qual o elemento estranho naquele conjunto de palavras:

- Banana, laranja, *margarida*, ananás;
- Couve, *maçã*, alface, couve-flor;
- Prato, colher, copo, *massa*;
- *Cama*, escova de dentes, sabonete, champô;
- Cama, colchão, almofada, *carro*;
- Bicicleta, *cadeira*, mota, autocarro;
- *Caderno*, casaco, camisa, calças;
- Televisão, rádio, *sofá*, computador;
- Botas, sapatilhas, sapatos, *casaco*;
- Caneta, *televisão*, folha, lápis;

(NOTA: O elemento estranho encontra-se aqui destacado, estando a *itálico*)

2 – Definir uma categoria (por exemplo, roupa, alimentos, nomes de pessoas, etc) e uma letra do abecedário, após isto pedir ao grupo para pensar e enunciar palavras que se incluam no definido anteriormente (escrever no quadro a categoria, a letra do abecedário escolhida e as palavras à medida que vão sendo enunciadas). Não repetir as palavras.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Usar Objetos).

Despedidas.

SESSÃO 24 - USAR OBJETOS (10ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Categorização de Objetos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de aldeias de Portugal e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Mostrar objetos antigos e/ou modernos (caso não seja possível mostrar o objeto em si, mostrar uma imagem) e promover a discussão em torno destes, um a um, utilizando questões que promovam a partilha de opiniões e orientem a discussão.

Exemplos:

- Telemóvel

a) Qual a opinião acerca desta tecnologia?

b) Acham positiva ou negativa a sua existência?

c) Utilizam o telemóvel? Quais pensam ser as vantagens e as desvantagens deste?

- Máquina de Escrever

a) Utilizaram a máquina de escrever? Se sim, quais acharam na altura serem as vantagens e desvantagens da sua utilização?

b) A máquina de escrever entrou em desuso pelo aparecimento de novas tecnologias. O que pensam desta evolução?

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Dicas Úteis).

Despedidas.

SESSÃO 25 – DICAS ÚTEIS (11ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Usar Objetos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de legumes, leguminosas ou vegetais (por exemplo, cenoura, couve-flor, couve coração, couve lombarda, feijão verde, feijão vermelho, feijão branco, nabiças, grelos, tomate, alface, courgette, agriões, espinafres, grão-de-bico, feijão frade, pimentos, pepino, couve roxa, espargo, brócolos) e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Dicas úteis: apresentar alguns problemas quotidianos e pedir opiniões aos participantes acerca de dicas úteis para resolver esse mesmo problema. Se necessário, pode-se intervir com questões, tendo em conta o desenrolar da discussão para torná-la mais interessante e motivar a participação de todos os membros do grupo.

Exemplos:

- Como tirar nódos de vinho – (Colocar vinagre na nódoa e de seguida lavar a toalha)
- Sopa Salgada – (Juntar 2 ou 3 batatas cruas, descascadas e partidas ao meio)
- Sapatos apertados – (colocar água em 2 sacos de plástico e fechá-los bem – tendo em conta que os sacos com a água têm que caber dentro do sapato – e de seguida colocá-los dentro destes. Depois pôr os sapatos dentro de um saco de plástico vazio, fechá-lo bem e colocá-lo no congelador/arca. Após algumas horas, já depois de a água ter congelado [e ao congelar ocupa mais espaço dentro do sapato, alargando-o], retirar o saco do congelador/arca, depois os sapatos do saco que os protegia e deixar a água que se encontra nos pequenos sacos dentro dos sapatos descongelar. Por fim retirar os sacos com água dos sapatos e secá-los.)

Nota: O que se encontra entre parênteses é uma possibilidade para a resolução do problema colocado aos participantes. Deve ser referido após cada discussão pelo responsável pela aplicação do PEC, caso não tenha sido referido pelos participantes.

2 – Motivar os participantes a partilharem outras dicas úteis que conheçam e que ainda não tenham sido referidas, de forma a enriquecer a discussão.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Tópicos de Discussão).

Despedidas.

SESSÃO 26 – TÓPICOS DE DISCUSSÃO (12ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Dicas Úteis).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de animais selvagens e o nome da pessoa que deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Tópicos de Discussão: escrever no quadro perguntas que possam gerar debate.

Por exemplo:

- Como é que os idosos são tratados pela sociedade atual?
- Qual a opinião que têm sobre os cuidados de saúde em Portugal?
- Qual a opinião que têm acerca da crise económica que estamos a atravessar?

Motivar os idosos a debater as temáticas em questão, uma a uma. Se necessário, pode-se intervir com questões relacionadas, tendo em conta o desenrolar da discussão para torná-la mais interessante e motivar a participação de todos os membros do grupo.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Tópicos de Discussão).

Despedidas.

SESSÃO 27 – TÓPICOS DE DISCUSSÃO (13ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Tópicos de Discussão).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de filmes, programas de televisão ou telenovelas que tenham visto e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Tópicos de discussão: Mostrar um vídeo que aborde determinada temática e motivar a discussão desse mesmo vídeo (Se necessário, intervir com questões relacionadas, tendo em conta o desenrolar da discussão para torná-la mais interessante e motivar a participação de todos os membros do grupo).

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Debate).

Despedidas.

SESSÃO 28 – DEBATE (14ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Tópicos de Discussão).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo atividades de lazer ou recreação (por exemplo, pintar, dançar, cantar, andar, ler, ver televisão, nadar, andar de bicicleta, etc.) e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Tópicos de Discussão: escrever no quadro perguntas que possam gerar debate.

Por exemplo:

- Qual a opinião que têm acerca dos jovens? Açam que há diferenças entre os jovens de hoje e os de antigamente?
- O que pensam sobre a vida que têm? É muito diferente da que já tiveram?
- O que acham que é ser velho?
- O que é envelhecer num lar ou na comunidade? (Dependendo do local onde está a ser aplicado o PEC)

Motivar os idosos a debater as temáticas em questão, uma a uma. Se necessário, intervir com questões relacionadas, tendo em conta o desenrolar da discussão para torná-la mais interessante e motivar a participação de todos os membros do grupo.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Pessoas Famosas).

Despedidas.

SESSÃO 29 – PESSOAS FAMOSAS (15ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Debate).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de pessoas famosas e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Pessoas Famosas: Apresentar fotografias de pessoas famosas. Pedir aos participantes que as identifiquem uma a uma. Permitir que, durante este processo, as pessoas tenham oportunidade de partilhar aspetos e opiniões acerca da pessoa em causa.

Por exemplo:

- Raul Solnado: O que ele fazia? Se acompanhavam o trabalho dele? Qual a opinião que tinham dele? Etc.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Preenchimento com Palavras).

Despedidas.

SESSÃO 30 – PREENCHIMENTOS COM PALAVRAS (16ª SESSÃO DE MANUTENÇÃO)

Apresentação

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a *canção temática*. Escrever no quadro.

Relembrar sessão anterior (Pessoas Famosas).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo um provérbio, um nome de uma pessoa famosa e o nome de quem deve receber a bola. Parar o jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a *canção temática*.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morada do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

Atividade Principal

1 – Escrever no quadro e dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos membros do grupo que os completem. Após a tentativa, dizer o provérbio completo de forma correta.

- A galinha da vizinha (é sempre melhor que a minha)
- A justiça tarda (mas não falha)
- A laranja de manhã é ouro, (de tarde é prata e à noite mata)

- A pressa é inimiga (da perfeição)
- Amigos, amigos, (negócios à parte)
- Ao menino e ao borracho (põe Deus a mão por baixo)
- Apanha-se mais depressa um mentiroso (do que um coxo)
- Chuva de S. João talha o vinho e (não dá pão)
- Sapato branco em Janeiro (é sinal de pouco dinheiro)
- De boas intenções (está o inferno cheio)
- Deitar cedo e cedo erguer (dá saúde e faz crescer)
- Depois da tempestade (vem a bonança)
- Depressa e bem, (não há quem)
- Diz-me com quem andas, (dir-te-ei quem és)
- Em Abril (águas mil)
- Entre marido e mulher (não metas a colher)
- Fala-se no diabo (e aparece-lhe o rabo)
- Filho és, pai serás, (assim como fizeres assim acharás)
- Fevereiro quente (traz o diabo no ventre)
- Gaivotas em terra (tempestade no mar)
- Há males (que vêm por bem)
- Ladrão que rouba a ladrão (tem cem anos de perdão)
- Lua nova trovejada, (trinta dias é molhada)
- Mais vale cair em graça, (do que ser engraçado)
- Mais vale prevenir (do que remediar)
- Mais vale um pássaro na mão (do que dois a voar)
- Mãos frias (amores todos os dias)
- Mudam-se os tempos, (mudam-se as vontades)
- Não deixes para amanhã (o que podes fazer hoje)
- Não há bem que sempre dure (nem mal que nunca acabe)
- O fruto proibido (é o mais apetecido)
- Para bom entendedor, (meia palavra basta)

- Quando a esmola é muita, (o pobre desconfia)
- Quanto mais depressa, (mais devagar)
- Quem dá e volta a tirar (ao inferno vai parar)
- Tão ladrão é o que vai à horta (como o que fica à porta)
- Zangam-se as comadres, (descobrem-se as verdades)

Nota: o que se encontra entre parênteses é o que se espera que os participantes adivinhem.

2 – Completar nomes de pessoas famosas: Escrever no quadro e dizer em voz alta parte do nome de uma pessoa famosa e pedir aos participantes que completem esse nome.

Exemplos:

- (José) Sócrates
- Pedro Passos (Coelho)
- Cristiano (Ronaldo)
- Nicolau (Breyner)
- (Rui) de Carvalho
- (Marcelo) Rebelo de Sousa
- Alberto João (Jardim)
- António de Oliveira (Salazar)
- Jorge (Sampaio)
- Aníbal (Cavaco) Silva
- (José) Cid
- Zeca (Afonso)
- (António) Variações
- (José) Saramago
- (Fernando) Pessoa
- (José) Mourinho
- (Luís) Figo

Nota: o que se encontra entre parênteses é o que se espera que os participantes adivinhem.

Encerramento

Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a *canção temática*.

Despedidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., & Paúl, C. (2014). The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 157-166. doi: 10.1111/jnu.12072
- Apóstolo, J. L. A., & Cardoso, D. F. B. (2014). Estimulação cognitiva em idosos: Síntese da evidência e intervenção. In L. M. J. Loureiro (Ed.), *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 157-183). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

CAPÍTULO III

ATITUDES FACE À PESSOA IDOSA E CONHECIMENTOS SOBRE ENVELHECIMENTO DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO DE COIMBRA

MARIA PAULA ASSIS DE ALMEIDA CORDEIRO

INTRODUÇÃO

A noção de atitude como predisposição socialmente aprendida para o comportamento é consensualmente aceite no âmbito da Psicologia Social. Desta forma aceita-se que as atitudes se organizam em sistemas cujo carácter distintivo é o avaliativo, que se expressa afectivamente em termos de intensidade (mais/menos, ou maior/menor) e direção (positiva x negativa); que orientam a ação; e que têm um componente cognitivo (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957). O componente cognitivo é uma estrutura de conhecimentos ou de crenças compartilhadas com outras pessoas. Tais estruturas possibilitam ao indivíduo organizar e hierarquizar as informações recebidas e ajudam na construção das suas próprias noções sobre o mundo externo e sobre si mesmo. São compartilhadas com o grupo no qual está inserido, dependendo dos acontecimentos históricos, sociais e culturais que afectam a experiência individual e colectiva.

A velhice é um conceito historicamente construído que se inscreve na dinâmica das atitudes, das crenças e dos valores da sociedade. A marca social da velhice é estar em oposição à juventude, motivo pelo qual é recorrente a oscilação entre a idealização e a depreciação do idoso. Desde o final do século XIX que o exponencial aumento demográfico, a maior longevidade humana, as melhores condições de vida, a diversidade de estilos de vida e a maior exigência no desempenho de cidadania, propõem e sedimentam uma nova dinâmica social face à velhice, diferente da presenciada e vivida nos períodos anteriores. A recomposição demográfica, que tem por base o aumento do índice de envelhecimento, associada à maior qualidade de vida das *peças de idade* (nomeadamente com mais saúde), alterou as atitudes e os comportamentos face à velhice e ao envelhecer.

Em épocas de crise económica e financeira, esta situação torna-se ainda mais delicada pois, por um lado, os gastos com os sistemas de segurança social tendem

a crescer até atingirem níveis que chegam a ser considerados excessivos e incompatíveis com a manutenção da capacidade produtiva da sociedade e, por outro lado, os trabalhadores mais jovens podem sentir o seu emprego ameaçado por outros, mais velhos, que pretendem conservar os seus postos de trabalho. Esta situação alimenta representações negativas, que por sua vez, contribuem para o surgimento e generalização do fenómeno que representam, gerando um círculo vicioso. Palmore (2001, 2004) revela a sua crença de que o *ageism* constitui um *terceiro ismo* que, logo a seguir ao racismo e ao sexismo, representa um forte preconceito e discriminação contra uma categoria de pessoas.

Da literatura analisada, identificámos as designações *aged* e *agism* com atribuições sociais negativas ligadas ao crescimento demográfico com implicação no aumento das despesas sociais. Uma outra perspetiva tem atribuições positivas e apresenta-se com a designação *pessoa idosa*, tendo como fundamento que esta confere uma dignidade individual às pessoas que, pela idade, estão afastadas da produção económica clássica. Esta atribuição procura contrariar os estereótipos construídos a partir do peso social do grupo de pessoas com mais de 65 anos de idade. Foi neste sentido que no decorrer da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em 2002 em Madrid, foi apresentado um plano de ação com o conceito de *sociedade para todas as idades* e foi aprovada a utilização da expressão *pessoas idosas* para a revalorização da dignificação das pessoas mais velhas.

Sabemos hoje que iremos viver velhos e para alguns de nós, mesmo muito velhos. A menos que haja morte voluntária ou acidental, envelheceremos. A longevidade atual coloca a todos uma série de questões: As gerações ascendentes aceitarão um futuro marcado por um aumento em número e em proporção das pessoas de idade? Que lugar e que papel lhe concedem na sociedade? Será que essa aceitação pode ser feita?

Os estereótipos são transmitidos pela educação e associam-se a práticas sociais discriminativas (Neri, Cachioni, & Resende, 2002). A sociedade do conhecimento gerou uma pluralidade de configurações de relações das instituições de ensino superior e a sociedade. Hoje exige-se às Instituições do Ensino Superior que sejam organizações adaptáveis, capazes de definir novos domínios transversais e transdisciplinares de conhecimento e de competências e novas formas de responsabilidade social. Sendo a velhice um facto social relativamente novo, as universidades apresentam propostas ainda tímidas para tal formação profissional (Neri & Jorge, 2006).

Este estudo nasce da preocupação com a responsabilidade das instituições de Ensino Superior pela Formação de recursos humanos qualificados para atender o envelhecimento de pessoas e populações nas suas várias manifestações normativas, óptimas e patológicas. Pretende-se contribuir para aumentar a base de conhecimentos

sobre educação gerontológica, investigando e discutindo dados relativos às atitudes e conhecimentos dos estudantes do ensino superior público de Coimbra, pois no futuro, estes trabalharão em áreas cruciais ao bem estar da população e ao progresso social. Além disso, conhecer esses mediadores do comportamento ajuda a compreender as práticas sociais e académicas e a propor alternativas educacionais de médio e longo prazo para elas.

Neste sentido, um dos factores principais para adequação do ensino do processo de envelhecer é conhecer as concepções e os conhecimentos básicos dos estudantes sobre a velhice e o envelhecimento, entendendo e predizendo o comportamento académico em relação ao idoso neste contexto (Neri & Jorge, 2006). Para além da investigação que ainda é necessária para compreender o fenómeno da discriminação em idade avançada, será importante combater no seio de determinados grupos profissionais aquilo a que Gatz e Pearson (1988) chamaram de *professsional ageism*. Uma das maneiras de eleição para o fazer é a formação dos recursos humanos, que deverá desenvolver para além do conhecimento global e pluridisciplinar numa matéria tão complexa como é o conhecimento do envelhecimento humano, atitudes como a aceitação, a autenticidade, a empatia e a confiança.

No âmbito da saúde, a própria OMS reconhece que “sem a participação das universidades, todo o esforço que se venha a fazer na saúde da população idosa será infrutífero”. Mais incisivos na atribuição de responsabilidades são Ryden e Johnson, citado por Rajecki (1990), na medida em que para eles os *Educadores de Enfermagem* têm a obrigação social de prepararem os Enfermeiros com o conhecimento e competências necessárias para uma clientela cada vez mais idosa.

De acordo com Wagner e Neri (1985), estudos desta natureza não são meramente descritivos, pois podem ter aplicações práticas a nível educacional, preventivo e clínico, e podem subsidiar soluções para os problemas individuais, interpessoais e sociais relacionados com o envelhecimento.

A presente investigação tem em vista os seguintes objectivos: a) Descrever a intensidade, a direcção e o conteúdo das atitudes dos estudantes do Ensino Superior de Coimbra em relação aos idosos; b) Avaliar os conhecimentos básicos de gerontologia dos estudantes do Ensino Superior de Coimbra, sobretudo os aspetos físicos, sociais e psicológicos da velhice; c) Caracterizar relações univariadas, bivariadas e multivariadas entre atitudes e conhecimentos dos estudantes em relação á velhice e de cada um desses constructos com as variáveis sociodemográficas (género, idade, área de residência, convivência com pessoas idosas, experiências de voluntariado e profissionais) e académicas/formativas (área de estudos, disciplinas que abordem temáticas do envelhecimento).

MÉTODO

Participantes

Foi selecionada uma amostra aleatória estratificada de tipo proporcional constituída por 592 estudantes que frequentam o Ensino Superior Público em Coimbra, a que corresponde 1,8% do total da população. Esta amostra é representativa da população com um erro máximo de 3,99% e um grau de confiança de 95%. Dos 592 participantes, 64,2% são mulheres e 35,8% são homens. A faixa etária variou entre 18 e 30 anos, com média de 20,72 anos e desvio padrão de 2,23 anos. Quanto ao estado civil, verificou-se que 96,9% dos sujeitos são solteiros. Os resultados demonstraram também que 43,2% dos estudantes residiam numa cidade, 36,0% declararam residir numa aldeia, ou seja, em meio rural. Relativamente à área de estudo, 48,8% dos elementos da amostra frequentavam cursos na área da saúde, 17,8% estudavam nas áreas de economia, gestão e contabilidade e 13,7% frequentavam cursos nas áreas de direito, ciências sociais e serviços. Verificamos também que 37,7% frequentavam o 1º ano dos respetivos cursos, 21,9% o 4º ano e 20,3% frequentavam o 2º ano.

Instrumentos

Fizeram parte do formulário da pesquisa um questionário de índole sociodemográfica constituído por 12 questões. Desta forma, foram avaliadas, por exemplo, questões associadas à idade, género, ao estado civil, ao curso que frequentam e área de residência. Também se incluiu uma questão de escolha múltipla (A partir de que idade considera uma Pessoa como Idosa?); uma questão dicotómica, avaliando a existência de convivência dos estudantes com idosos; uma outra se tinham experiência de trabalho com essa população; e duas sobre as suas experiências académicas com o tema Velhice.

Para avaliar as atitudes em relação aos idosos foi utilizado o *Inventário de Sheppard*-versão validada e adaptada para o português por Neri (1991, 1995) e validada em várias pesquisas (Cachioni, 1998; Cachioni, 2002; Silva, 1999; Resende, 2001), que se destina a adultos jovens e adolescentes. Trata-se de uma escala de diferencial semântico cujos itens são representados por dois adjetivos com significados opostos. A intensidade das respostas é expressa numa variação de cinco pontos e a sua direção pela posição relativa dos adjetivos positivos ou negativos em cada par. Esta escala contém trinta pares de adjetivos relacionados a quatro domínios fatoriais: *cognitivo*; *autonomia e instrumentalidade*; *relacionamento interpessoal*; e de *persona*. O domínio *cognitivo* é relativo à capacidade de processamento da informação e de solução de problemas, com reflexos sobre a adaptação social; o de *autonomia e instrumentalidade* para a realização de tarefas; o de *relacionamento*

interpessoal, cobrindo aspetos afetivo-motivacionais e a sua influência na interacção social das pessoas idosa; e o de *persona* alude à imagem social, reflectindo os rótulos sociais comumente usados para designar e descrever as pessoas idosas. A disposição dos atributos nesta escala, bem como a localização dos pólos positivo e negativo de cada item foi decidida por sorteio para minimizar os erros sistemáticos.

Tabela 1
Domínios fatoriais e itens da Escala Neri para avaliação de Atitudes em Relação ao Idoso

<i>Cognição</i>	<i>Agência</i>	<i>Relacionamento Interpessoal</i>	<i>Persona</i>
1. Sábio –Tolo	06. Entusiasmado - Deprimido	2. Construtivo - Destrutivo	4. Aceite - Rejeitado
21. Claro - Confuso	11. Saudável - Doentio	3. Bem-mal-humorado	7. Integrado - Isolado
23. Preciso - Impreciso	13. Activo - Passivo	5. Confiante - Desconfiado	8. Actualizado - Ultrapasado
24. Seguro - Inseguro	16. Esperançoso - Desesperado	12. Cordial - Hostil	9. Valorizado - Desvalorizado
25. Concentrado- Distraído	18. Independente - Dependente	15. Interessado - Desinteressado	10. Agradável - Desgradável
26. Rápido – Lento	19. Produtivo - Improdutivo	17. Generoso - Mesquinho	14. Sociável - Introvertido
27. Flexível - Rígido		22. Condescendente - Crítico	20. Progressista – Retrógado
28. Criativo - Convencional			
29. Persistente - Inconstante			
30. Alerta - Embotado			

Fonte: Resende, M. C. (2001). *Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas, Brasil; Cachioni, M. (2003). *Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade*. Campinas: Átomo Alínea.

Para avaliar os conhecimentos básicos sobre o envelhecimento foi usada a escala Palmore-Neri-Cachioni, uma versão do *Palmore Facts on Aging Quiz* (Harris, Chngas, & Palmore, 1996; Palmore, 1977). É um questionário (Tabela 2) composto por vinte e três questões, com respostas dicotômicas tipo verdadeiro (V) ou falso (F), cobrindo os domínios físico, cognitivo, psicológico e social, os quais foram submetidos à validação de conteúdo

e de consistência interna numa amostra de 102 professores universitários dedicados à educação gerontológica, tendo alcançado um índice $\alpha \geq 0,80$ (Cachioni, 2002).

A análise da consistência interna realizada por meio do cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach* realizado por Cachioni (2002) apresentou um valor de 0,7545, que é indicativo de alta consistência e confere confiabilidade aos dados trabalhados.

Tabela 2

Facts on Aging Quiz (FAQ) de Erdman Palmore 1977 - Versão de Palmore- Neri - Cachioni

Questão	V	F
1 A maioria dos idosos (idade de 60/65 anos e mais) é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes).		
2 Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a velhice.		
3 A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente.		
4 A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice.		
5 A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo.		
6 A força física tende a declinar na velhice.		
7 Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc.		
8 Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos.		
9 A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens.		
10 Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer as suas atividades normais.		
11 A maioria dos idosos não muda o seu ponto de vista, a sua maneira de pensar ou agir facilmente.		
12 Os idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo.		
13 É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo.		
14 O tempo de reação da maioria dos idosos tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens.		
15 Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida em sua atitude ou modo de agir.		
16 A maioria dos idosos raramente é chata.		
17 A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária.		
18 Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens.		
19 Nove por cento (9%) da população portuguesa têm agora (2008/09) sessenta (60) anos ou mais.		
20 A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos.		
21 A maioria dos idosos portugueses vive com reformas muito baixas (aproximadamente um salário mínimo nacional).		
22 A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação, incluindo trabalhos de casa ou voluntariado.		
23 Os idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade.		

Para estudar a fiabilidade da escala utilizada para avaliar as atitudes em relação à pessoa idosa (Escala Neri, A.L.) e o conhecimento sobre envelhecimento (Escala de Paltrow, E.) procedemos à análise da respetiva consistência interna. Para tal, calculámos o coeficiente *alpha de Cronbach* para as escalas globais e também para cada um dos domínios no caso da escala de atitudes. Os valores apresentados revelam que na escala de atitudes o coeficiente apresentou valores compreendidos entre 0,70, no domínio da autonomia, e 0,80, no domínio do relacionamento social. Para o global desta escala observámos o valor 0,88. Na escala relativa ao conhecimento, o coeficiente apresentou o valor 0,87.

Procedimento

A participação dos estudantes foi voluntária, mediante formulário impresso e auto-instrucional. Foram respeitadas as exigências éticas para pesquisa com seres humanos e assinado o termo de consentimento informado, que esclarecia acerca dos objectivos, do direito ao sigilo e do carácter optativo da participação. Para a realização de todas as análises estatísticas recorremos ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 17,0 de 2009. Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Em todos os testes fixámos o valor 0,050 para nível máximo de significância, ou seja, a probabilidade máxima aceitável para a ocorrência do erro tipo I.

Resultados

Na nossa amostra, de realçar nas tendências identificadas, a forte preponderância do sexo feminino (64%), claramente em maioria no conjunto de efetivos do ensino superior. As idades variaram entre 18 e 30 anos, sendo o valor médio de 20,72 anos (43,9%) com desvio padrão de 2.23 anos, diminuindo significativamente nos escalões seguintes. A partir do grupo etário que engloba os indivíduos com mais de 27 anos, o peso é consideravelmente menor (6%), revelando a formação ao longo da vida como um aspeto quase marginal nos padrões de qualificações em Portugal, nomeadamente no que diz respeito aos do ensino superior.

Os resultados encontrados indicaram que 44,4% dos estudantes considera que uma pessoa é idosa quando atinge idades compreendidas entre os 66 e os 70 anos; seguidos de 21,8% para a qual uma pessoa é idosa a partir dos 71 a 75 anos; e de 16,0% que disse que os idosos tinham entre 61 e 65 anos. Verificámos também que 79,6% dos estudantes convivia regularmente com os seus avós ou com outros familiares idosos; 76,0% disse que não desenvolvia e nunca desenvolveu alguma atividade profissional envolvendo algum tipo de apoio a idosos; 76,7% nunca desenvolveu qualquer atividade de voluntariado envolvendo algum tipo de apoio a idosos; 52,9% já tinham frequentado alguma disciplina onde foram abordadas temáticas sobre a velhice; e 85,5% não tinha participado em qualquer atividade extracurricular sobre envelhecimento/velhice.

Atitudes face à Pessoa idosa

Globalmente, os estudantes evidenciaram atitudes moderadamente positivas relativamente ao idoso. O valor médio situou-se nos 1,53 pontos, com desvio padrão de 16,00 e os valores observados situaram-se entre -49 e 57 pontos.

Uma explicação plausível assenta no facto destes estudantes, com idade média de 20,72 anos, estarem muito envolvidos com as tarefas evolutivas da idade adulta inicial, colocando a fase da velhice ainda muito distante deles. Esta etapa estará a ser vista ainda de uma forma idealizada, sem levar em conta os fatores que afetam o processo normal de envelhecimento. Sendo a idade adulta jovem uma fase de construção e de ajustamentos, os estudantes talvez pensem que na sua própria velhice poderão vir a ter total controlo sobre os acontecimentos, sendo esta fase pessoal vista como positiva.

Dado o carácter multidimensional das atitudes, e a especificidade das distintas dimensões das atitudes face ao idoso e ao envelhecimento, foi nosso objetivo conhecer em concreto a intensidade das mesmas.

Uma análise geral demonstra que os estudantes revelaram atitudes mais positivas nos domínios do Relacionamento Interpessoal e Cognitivo e atitudes mais negativas nos domínios de Agência e Persona (Figura 1).

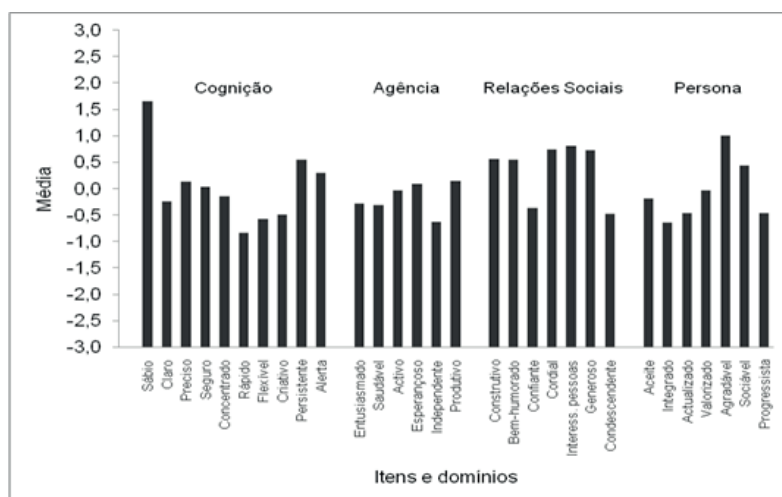


Figura 1. Valores médios observadas para os itens da escala de avaliação das atitudes face ao idoso.

Relativamente ao domínio do Relacionamento Interpessoal, os itens mais pontuados foram *Interessado pelas pessoas – Desinteressado*, *Cordial – Hostil* e *Generoso – Mesquinho*, ou seja, os estudantes tendem a considerar os idosos como pessoas interessados pelos outros, cordiais e generosos.

Estes resultados apontam para a existência de uma relação que parece pautar-se pelo convívio intergeracional, no qual o jovem adulto desfruta e sente-se bem.

No domínio Cognitivo, os itens mais pontuados foram os de *Sábio – Tolo*, *Persistente – Inconstante* e *Alerta – Embotado*.

A *sabedoria*, considerada no seu aspeto prático e filosófico, liga-se às dimensões existencial e ontológica da vida. Prende-se simultaneamente com o curso da vida individual e o funcionamento da sociedade, no seu conjunto.

Se a sabedoria constitui o resultado de uma larga experiência de vida, os idosos deveriam ter resultados mais elevados do que as pessoas jovens. No entanto, a idade, enquanto tal, não deveria ser considerada como uma condição suficiente da sabedoria, mas apenas uma condição necessária.

Outros fatores ligados à personalidade, como a *generatividade (generativity)* no sentido Erikson, ou a abertura à experiência, ou ainda fatores educacionais, também poderiam influenciar a sabedoria. Assim, seria possível que, em média, os idosos não fossem mais sábios do que as pessoas jovens, apesar das pessoas muito sábias se encontrarem exclusivamente no grupo dos idosos. Por exemplo, Baltes (1994) ao falar sobre a sabedoria, afirma que se trata de uma característica a ser alcançada na velhice a partir das condições pessoais específicas e de generalização, contexto de vida e, principalmente, tempo, experiência e domínio da pragmática fundamental da vida. A *sabedoria* para alguns autores não deixa de ser uma aspiração do desenvolvimento humano, por isso, nem sempre alcançado.

No mundo onde a evolução tecnológica e as mudanças sociais acontecem de forma vertiginosa, considerar o idoso sábio pode ser visto como um eufemismo. Talvez por isso esperamos que ele seja atualizado e progressista, para não estorvar a produtividade dos mais jovens. No entanto verifica-se que estes itens obtiveram uma avaliação negativa. Assim, talvez possamos considerar preconceito *implícito* como sendo uma das causas para estes resultados. Não obstante, a *sabedoria* não deixa de ser citada como referência positiva em relação aos idosos (Neri, Cachioni, & Resende, 2002).

Em sentido oposto, os estudantes evidenciaram atitudes mais negativas nos domínios Agência e Persona onde surgem os itens *Independente – Dependente*, *Integrado – Isolado* e *Rápido – Lento* como os que apresentam pontuações mais baixas, ou seja, os estudantes tendem a considerar os idosos dependentes, isolados e lentos.

Ou seja, *envelhecer mal* aparece neste estudo relacionado à dependência, à lentidão e ao isolamento, imagens de um envelhecimento marginalizado. Este tipo de resultados sugere uma visão da velhice preconceituosa, reflectindo os rótulos sociais comumente utilizados para designar e descrever as pessoas idosas até porque sendo uma visão generalizada não contempla o indivíduo particularmente. Na sua imensa diversidade, as pessoas idosas não são mais frágeis e mantêm uma boa saúde até idades avançadas, desempenhando um papel importante na economia informal, reconhecida pela Organização Internacional do Trabalho em 2002.

É impossível negar as mudanças previsíveis da natureza genético-biológicas que ocorrem ao longo das idades. Por outro lado, os processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas determinam uma sequência previsível de mudanças psicossociais e não previsíveis de correntes das experiências de vida e dos próprios contextos em que ocorrem.

Essa visão menos positiva sugere que os estudantes tenham um nível de aspiração mais alto e reconheçam a heterogeneidade da experiência do envelhecimento, onde nem todos os idosos são independentes e têm acesso a programas educacionais.

Pensamos ser adequado referir o impacto que as imagens e as representações da velhice e do envelhecimento veiculadas pelos meios de comunicação têm para os mais novos. Os meios e comunicação configuram-se como uma das principais instâncias legitimadoras da sociedade contemporânea. Mesmo que os seus produtos não sejam um reflexo objetivo da realidade, as representações que veiculam adquirem um papel fundamental no processo de construção da realidade e das identidades dos indivíduos.

Observa-se muitas vezes nos média o indivíduo a ser valorizado por manter *um espírito jovem* apesar da idade avançada, sugerindo uma valorização da juventude em detrimento da velhice. Se por um lado, a velhice é vista como uma fase indesejável, marcada pela proximidade da morte e pela perda da independência e dos papéis sociais, ela também é considerada como uma responsabilidade privada, delegando ao indivíduo e aos seus hábitos a responsabilidade pelo seu envelhecimento. Em ambos os casos a juventude, na sociedade atual, deixa de ser uma fase do processo de desenvolvimento do ciclo vital para se transformar em valor, um bem a ser conquistado em qualquer idade através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequados.

No domínio de Agência, os itens avaliados com percentual negativo foram atividade, produtividade, saúde e independência, demonstrando relacionar à velhice apenas a perda, o declínio. O medo da dependência é a grande inquietação, praticamente universal, que acompanha o processo de envelhecimento. A velhice surge então associada às dificuldades decorrentes da aquisição gradual de incapacidades.

O desenvolvimento envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas. A proporcionalidade sofre alterações ao longo do curso de vida e na velhice preponderam as perdas. No entanto, embora haja critérios objetivos para definir perdas neurológicas, cognitivas e económicas, a definição do que é perda é controlada por critérios subjectivos e de desejabilidade social. Em vez de se falar em perdas, adotamos o de limitações e que podem ser minimizadas pela ativação do grau de plasticidade individual permitido pela influência conjunta de variáveis genéticas, biológicas, psicológicas e socioculturais. Não há consenso quanto aos critérios de fragilidade, como debilidade geral ou alterações cognitivas difíceis de quantificar. Estima-se que 10 a 25% da população portuguesa com 65+ e 46% da 85+ tenham algum grau de vulnerabilidade.

As pessoas idosas, em geral, são consideradas mais *lentas* para processar novos conhecimentos e também para solucionar problemas, mais *passivas* do que *ativas*.

Para a maioria dos estudantes, a pessoa idosa é vista e sentida como um ser que já não é capaz de produzir, como um inútil, e a velhice como uma fase de involução e deterioração na qual as capacidades físicas, cognitivas e emocionais diminuem.

O significado estatístico encontrado pode relacionar-se com os resultados encontrados por Levy e Banaji (2002), que demonstrou que a atitude face ao processo de envelhecimento se relaciona com o declínio funcional e a uma maior probabilidade de morte das pessoas idosas.

Ou seja, embora exista uma tendência a atitudes positivas em relação á velhice, os elementos da amostra também associam a velhice ao desgaste físico e á perda de capacidades motoras e intelectuais, mas sem lhe associar, como inerente, a perda de capacidades mentais.

Esta visão do envelhecimento é próxima da conceptualização bio médica que questiona também a inevitabilidade do declínio intelectual associado ao declínio das capacidades físicas.

Como descreve Martins (2002), os fenómenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no *corpo* ao nível da dimensão física. Mas é desejável que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos, que passam por esta etapa do processo de viver.

• Conhecimentos básicos sobre envelhecimento

Na tabela 2 apresentamos as frequências (absolutas e percentuais) relativas às respostas correctas nas afirmações que compõem a escala do conhecimento sobre o envelhecimento.

Verificámos que as afirmações onde ocorreram percentagens mais elevadas de respostas correctas foram: «*a força física tende a declinar na velhice*»; «*a maioria dos idosos portugueses vive com reformas muito baixas (aproximadamente um salário mínimo nacional)*»; «*a maioria dos idosos é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes)*»; «*o tempo de reação da maioria dos idosos tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens*»; «*é quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo*»; e «*a capacidade pulmonar tende a declinar na velhice*».

Por outro lado, as afirmações em que ocorreram percentagens mais baixas de respostas corretas foram: *a maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens; a maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos; motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos; trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens; a maioria dos idosos não muda o seu ponto de vista, a sua maneira de pensar ou agir facilmente; e pelo menos 20% dos idosos portugueses vive há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc..*

Em termos globais e numa escala que poderia variar entre 0 e 30 pontos, verificámos que os resultados se situaram entre 8 e 21 pontos, sendo a média 13,72 pontos com desvio padrão de 2,28 pontos. Metade dos estudantes apresentou resultados iguais ou inferiores a 14,00 pontos.

Relativamente aos Conhecimentos sobre o Envelhecimento e à semelhança dos resultados encontrados em estudos já referenciados (Fitzgerald, Wray, Halter, Williams, & Gupiano, 2003; Neri & Jorge, 2006; Novaes, 1995;) também na nossa amostra, as pontuações obtidas pelos estudantes nas afirmações que compõem o questionário *Facts on Aging Quiz* (FAQ) de Palmore (1977) evidenciam conhecimentos sobre o envelhecimento relativamente baixos.

Tabela 2
Estudantes segundo o conhecimento sobre a velhice

Variável	n	%
Q1 A maioria dos idosos (idade de 60/65 anos e mais) é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes).	557	94,1
Q2 Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a velhice.	457	77,2
Q3 A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente.	418	70,6
Q4 A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice.	503	85,0
Q5 A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo.	404	68,2
Q6 A força física tende a declinar na velhice.	569	96,1
Q7 Pelo menos 20% dos idosos portugueses vive há muito tempo em instituições, lares, casas de repouso , etc.	79	13,3
Q8 Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos.	171	28,9
Q9 A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens.	199	33,6
Q10 Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais.	392	66,2
Q11 A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, a sua maneira de pensar ou agir facilmente.	102	17,2
Q12 Os idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo.	474	80,1
Q13 É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo.	530	89,5
Q14 O tempo de reação da maioria dos idosos tende a ser mais lento do que o tempo de reação das pessoas mais jovens	545	92,1
Q15 Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida em sua atitude ou modo de agir .	341	57,6
Q16 A maioria dos idosos raramente é chata.	251	42,4
Q17 A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária.	215	36,3
Q18 Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens.	159	26,9
Q19 Nove por cento (9%) da população portuguesa têm agora (2008/09) sessenta (60) anos ou mais.	330	55,7
Q20 A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos.	192	32,4
Q21 A maioria dos idosos portugueses vive com reformas muito baixas (aproximadamente um salário mínimo nacional).	566	95,6
Q22 A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação, incluindo trabalhos de casa ou voluntariado	466	78,7
Q23 Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade.	201	34,0
Resultado Global: $\bar{x}$ = 13,72 Md = 14,00 s = 2,28 xmin = 8,00 xmax = 21,00		

Verificámos que no total das vinte e três questões que compõem o questionário, três questões, Q1, Q14 e Q21, apresentaram uma percentagem de acertos acima dos 90%, mas oito afirmações alcançaram percentagens abaixo dos 50% de acertos.

As questões com maior frequência de acertos neste trabalho foram as questões Q6, Q21, Q1, Q14 e Q13. A questão 6 contempla a afirmação de que a força física tende a declinar com o envelhecimento. A literatura consultada justifica tal afirmação. Entre os 20 e os 90 anos os indivíduos perdem cerca de 50% de massa muscular e as perdas de força muscular são também da mesma ordem de grandeza (ACSM, 1998a; Mazzeo & Tanaka, 2001). A média de acertos observados nesta questão foi o mais alto (96,1%), mostrando que neste aspeto do domínio físico do envelhecimento, a realidade dos idosos é bem percebida pela população estudada. A questão 21 refere-se à condição de sobrevivência económica dos idosos, trazendo a afirmação de que a maioria dos idosos recebe reformas muito baixas. A percentagem de acertos (95,6%) reflete a associação da velhice com a fragilidade económica. Provavelmente os preconceitos das pessoas em geral são afetados pelo baixo rendimento dos idosos. Os preconceitos decorrem mais da pobreza, do baixo nível educacional e das doenças que lhe são inerentes do que propriamente da condição de serem velhos numa sociedade que super valoriza a juventude.

A questão 1 é relativa à condição dos idosos serem senis, terem memória deficiente, sendo desorientados ou dementes. A média de acertos observados produziu um score de 94,1%, mostrando que neste domínio a população estudada possui uma visão positiva em relação a estereótipos da velhice patológica associada à senilidade. Neri .L. (2005) Refere-se à associação do envelhecimento com o declínio intelectual como sendo um fator determinante para o afastamento do trabalho, para que não se permita a realização de tarefas de exigência intelectual e atividades de atualização profissional, bem como de aprendizagem.

A questão 14 está relacionada ao tempo de reação face a um estímulo. A média de acertos observados foi de 92,1%. Ao longo do processo de envelhecimento, o tempo de reação a um estímulo torna-se mais lento, mas em contrapartida parece verificar-se um aumento na precisão ou adequação da reação.

A questão 13 refere-se à capacidade que os idosos têm para aprenderem algo novo. A percentagem de respostas corretas (89%) mostra que também neste aspeto a população estudada possui uma boa perceção da realidade dos idosos.

O desenvolvimento da Gerontopsiquiatria proporcionou mudança no paradigma do envelhecer psíquico. Estudos Longitudinais de Coleman, 1987, Man, 1982, Cotman, 1988; Grazina e Oliveira, 2001 propõem que a noção de que o envelhecimento se acompanha de alterações funcionais irreversíveis do SNC é uma simplificação que não tem em consideração as grandes capacidades plásticas do cérebro humano que

permitem adaptações compensatórias da perda de neurónios. As alterações que ocorrem não afetam as Atividades de Vida Diária (AVD) ou as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) até a uma idade bastante avançada. A definição de quais e como se modificam as funções psíquicas no decorrer dos anos permitiu a consideração de que o idoso não seja tratado como um ser limitado cognitivamente, mas que requer a adaptação de estímulos ambientais para possuir funcionalidade comparável à de adultos jovens. Algumas das habilidades cognitivas modificam-se em relação ao tempo, enquanto outras permanecem inalteradas. As habilidades que sofrem declínio com a idade são: memória de trabalho; velocidade de pensamento; e habilidades visuoespaciais. A que se mantém inalterada é a inteligência verbal. Estas alterações não trazem prejuízo significativo na execução das tarefas do quotidiano, não promovem limitação das atividades, nem restrição da participação social. Infelizmente, a situação presente quanto ao envelhecimento ativo é pouco animadora, visto que a globalização e as revoluções tecnológicas contemporâneas tornam o envelhecimento ativo pouco atrativo para a modernização das estruturas empresariais. O lugar dos mais velhos, menos adaptáveis à mudança tecnológica e menos qualificados, está em dúvida cada vez mais.

As questões que obtiveram a menor frequência de acertos neste estudo foram a Q7, Q11, Q18 e Q8. A questão 7 refere-se a uma percentagem de 20% de idosos portugueses vivendo em instituições de longa permanência. As referências consultadas permitem concluir que não há estudos em Portugal que mostrem o real índice de institucionalização de idosos. Porém, autores como Fernandes (2007) afirmam que mesmo sem ter uma informação precisa sobre os dados relativos à institucionalização, pode-se estimar que menos de 20% da população portuguesa encontra-se institucionalizada. Assim, foi considerado como resposta correta para Q7 a alternativa F, a qual rejeita a afirmação que compõe a questão. A média de acertos observados foi de 13,3%.

A questão 11 reporta-se à grande maioria dos idosos como sendo muito resistente no seu ponto de vista. A percentagem de acertos nesta questão foi de 17,2%.

Com o envelhecimento diminui a plasticidade comportamental e a resiliência que depende das condições histórico culturais, fatores intelectuais e de personalidade. Concretamente quanto à personalidade e procurando ter dela uma visão bio-psico-social, pode-se afirmar que a pessoa idosa, na tensão dinâmica entre continuidade e mudança, mantém o essencial das disposições ou traços de personalidade. Assiste-se a uma grande estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida, um crescendo que normalmente leva o idoso a encarar mais calmamente os acontecimentos, equilibrando os ganhos e as perdas. Em todo o caso, não é lícita uma abordagem e interpretação linear e unidimensional, mas multilinear e multidimensional.

As últimas questões, que obtiveram um percentual menor de acertos, foram a Q18 e Q8 que se relacionam com a exposição de idosos a acidentes de trabalho e rodoviários.

Apesar de existirem estudos que afirmam que não existe declínio nas capacidades do trabalhador idoso (BWA, 2002), a verdade é que à medida que o ser humano envelhece as suas capacidades (*skills*) podem diminuir, tendo em conta, por exemplo, o avanço da tecnologia. O avanço tecnológico pode ser um problema para a produtividade do trabalhador idoso. Este avanço promove a necessidade de atenção, aprendizagem e ajustamento, fatores particularmente problemáticos em faixas etárias mais elevadas.

Pode ainda afirmar-se que apesar de todos os estudos que demonstram as alterações que ocorrem no ser humano à medida que este envelhece, também está demonstrado que se pode sobrepor a estas, a acumulação de experiências e de conhecimentos ao longo de uma vida profissional. Esta experiência adquirida conduz ao desenvolvimento de novas capacidades e competências (Skirbekk, 2003). Também o sentido de responsabilidade de confiança e de autonomia são capacidades só possíveis de se obter ao longo da vida.

Com a análise efetuada aos acidentes de trabalho ocorridos no ano de 2008 em Portugal, retira-se uma conclusão importante: apesar dos trabalhadores mais velhos (45-64 anos) sofrerem menos acidentes de trabalhos, estes necessitam, em média, de mais dias de recuperação quando comparados com os seus colegas mais jovens (MTSS, 2010).

A questão 8 contempla a afirmação de que motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos. Com base nos dados do Observatório da Segurança Rodoviária (DGV, 2009) esta afirmação está correta. De facto, são os jovens com idades entre os 18 e os 30 anos os mais atingidos pela sinistralidade rodoviária em Portugal. A média de acertos observados permitiu um score de 28,9%.

Globalmente, no nosso estudo, as questões do domínio psicológico e social apresentam percentagens mais baixas de respostas corretas. O sentido dos erros parece estar associado a uma visão preconceituosa e negativa sobre a velhice. Por exemplo, parece que se subestima a capacidade dos idosos para conduzirem com segurança ou terem menor rendimento no trabalho. Em geral são avaliadas como pessoas rígidas, incapazes de se adaptarem ao meio e com uma vida monótona e aborrecida.

Este reducionismo na idade (velhice) acompanha a desvalorização da individualidade, o que é humanamente empobrecedor e culturalmente perigoso. É claro que os dados obtidos não permitem um quadro compreensivo do(s) significado(s) da idade na nossa cultura. Contudo, o que nos parece certo é que, do ponto de vista científico, não há motivo para atribuir ao avanço da idade aquilo que as práticas discriminatórias sempre supõem: menor capacidade, competência ou dignidade. E por isso, os resultados obtidos apontam

para a necessidade de uma intervenção cultural lata da parte da comunidade científica no sentido de esclarecer, sempre que possível, os complexos puzzles de relações encontradas entre envelhecimento e saúde, envelhecimento e doença e envelhecimento e competência.

Os indivíduos constroem significados positivos ou negativos em relação à velhice a partir das suas experiências de vida e dos contextos histórico-culturais e esses adultos jovens esperam envelhecer e viver a velhice de uma maneira muito melhor do que os idosos de hoje.

Ao crescente acesso a informações científicas sobre o envelhecimento soma-se a heterogeneidade das experiências da velhice, determinando que as pessoas desenvolvem visões plurais e multidimensionais sobre o idoso, a velhice e o processo de envelhecimento. Desta forma, não se pode dizer que as atitudes negativas, os estereótipos e os preconceitos em relação a esses temas sejam universais. É mais adequado concordar com a literatura que mostra que eles são contextualizados por acontecimentos socioeconômicos, históricos e culturais e por circunstâncias da vida pessoal, familiar e profissional.

No tempo da vida há um tempo para envelhecer. Muito embora a palavra envelhecer seja conhecida por todos, explicar o porquê do envelhecimento nos organismos vivos é ainda bastante complexo. Esta complexidade é um reflexo de lacunas na área do conhecimento desta etapa do ciclo vital que só começou a ser investigada sistematicamente na segunda metade do século XX (Novo, 2003).

Dos resultados obtidos da análise inferencial destacam-se:

- a) Correlações positivas e estatisticamente significativas entre as variáveis atitude em relação à pessoa idosa e conhecimento sobre o envelhecimento;
- b) Atitudes positivas e mais conhecimentos nos estudantes de cursos da área de saúde e que relataram já terem frequentado alguma disciplina onde foram abordadas algumas temáticas sobre o envelhecimento e com experiência profissional na área;
- c) Atitudes mais positivas nas mulheres, nos mais velhos e que convivem regularmente com os avós e outros familiares idosos;
- d) Mais conhecimentos nos que têm experiência de voluntariado, envolvendo algum tipo de apoio a pessoas idosas.

As correlações positivas entre os *scores* das escalas de conhecimentos e de atitudes em relação à Pessoa idosa mostram que há uma interação recíproca entre estudar sobre a velhice e atitudes mais positivas em relação aos idosos.

Os aspetos que diferenciam os estudantes da área da saúde das outras áreas de estudo parecem ser idênticos ao que a literatura revista sugere, apresentando atitudes mais positivas, excetuando no domínio *persona*, e melhores conhecimentos, o que indica que a formação de base dos primeiros ópera, pelo menos aparentemente, com eficácia. Não obstante, o facto de evidenciarem melhores conhecimentos não contribuiu para a correção de alguns mitos. A qualidade e a quantidade do conteúdo sobre envelhecimento abordado no período de formação afetam diretamente a forma como o cuidado será dispensado ao idoso na vida académica, profissional e pessoal (Cachioni & Neri, 2004; Fajelmelhin, 2004; Tan, Zahng, & Fan, 2004). Por isso, há necessidade de pesquisa sobre o que é ensinado, como é ensinado, o tempo dispensado ao assunto e qual a importância desse conteúdo no currículo.

Naturalmente que a formação não pode constituir *per se* a fonte de redução/eliminação de estereótipos associados à idade. Com poucas exceções, o efeito do país é sempre maior do que o efeito da idade e o desenvolvimento socioeconómico é um factor crítico para entender o significado da variação etária das atitudes. No entanto, analisando as avaliações realizadas a nível do domínio Cognitivo, é bem provável que os resultados positivos tenham sido mediados por variáveis de cariz académico. Os currículos escolares/académicos e os fatores que concorrem para a eficácia dos currículos revestem-se assim de interesse para a investigação futura nesta área.

As atitudes e os conhecimentos sobre envelhecimento parecem não ser influenciados pelo facto dos estudantes terem participado, ou não, em atividades extracurriculares. No entanto, a elevada percentagem do não reconhecimento da importância de atividades extracurriculares, aponta para a necessidade de uma intervenção neste domínio. Também os estudantes com experiência profissional de apoio a idosos evidenciaram atitudes mais positivas, exceto nos domínios do Relacionamento Interpessoal e de Persona. Uma explicação plausível para este dado poderá ser o facto de a maioria destes estudantes possuir formação na área gerontológica, o que lhes confere maior conhecimento e, consequentemente, uma visão mais realista do fenómeno do envelhecimento.

Estudos sugerem que quanto maior o grau de formação, de conhecimento gerontológico e de experiências em contexto assistencial, maior a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice, na medida em que são ativados estereótipos compassivos.

São vários os autores que defendem que as imagens em relação à velhice dos profissionais, nomeadamente os da área da saúde, serão semelhantes às da sociedade em geral. Centram a sua atuação em sistemas de valores emergentes das suas experiências de vida profissional e pessoal, associados aos seus objetivos, expectativas, normas e preocupações (Almeida, 1998; Kane, citado por Cuddy, Norton, & Fiske, 2005; Slevin, 1991). Estes resultados parecem estar de acordo com estudos já referenciados

neste trabalho que consideram que as atitudes que resultam de uma experiência pessoal predizem com maior precisão o comportamento. Parecem-nos ainda mais claros os resultados dos estudos de Fazio, referidos por Greenwald (1989) que mostraram que atitudes e comportamentos e mudanças nestes estão correlacionados quando a atitude é baseada na experiência direta com o objeto da atitude.

A forma como o idoso e a velhice é percebida e relacionada com o género tem sido analisada em várias investigações. Neste estudo, os dados obtidos permitem-nos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,050$) em todos os domínios e no global das atitudes em função do género do estudante. Como o esperado, os estudantes do género masculino tendem a evidenciar atitudes mais negativas em relação ao idoso. As mulheres parecem envolver-se mais na relação, o que pode estar associado a características tradicionalmente encaradas como femininas com uma orientação mais vincada para as relações e a expressão de afeto (Martinez, Triadó, & Villar, 2000). Uma explicação plausível para este resultado poderá estar relacionado com os diferentes papéis sociais que são atribuídos aos homens e às mulheres. As mulheres são representadas como as cuidadoras sociais por antonomásia, primeiro dos seus descendentes e, posterior ou paralelamente, dos seus progenitores.

Ao analisar a correlação entre a idade dos estudantes e a sua atitude face ao idoso, os resultados revelam-se interessantes, mostrando uma tendência dos mais velhos apresentarem atitudes mais positivas mas apenas ao nível cognitivo e da agência. Estes resultados vão de encontro às pesquisas realizadas nos últimos anos, referenciadas por Neri, Cachioni e Resende (2002), que registam atitudes e crenças mais positivas em relação à velhice nos adultos e idosos.

Numa sociedade em que o estatuto da pessoa é ligado ao trabalho e à rentabilidade, o fenómeno da categorização etária é um dos mais utilizados para identificar a idade em que os sujeitos localizam o início da velhice. Mas também é a partir da percepção que se tem da idade de uma pessoa que são feitas, por exemplo, inferências sobre as suas competências sociais e cognitivas. São exatamente essas inferências que vão determinar o modo como se comportam e o que pensam as pessoas umas em relação às outras. Um dado interessante é que a maioria dos estudantes (66,2%) localizaram a velhice entre os 66 e os 77 anos, indicando ter informações da idade arbitrada para o seu início, estando relacionada com a finalização da atividade laboral. Este dado ajuda a avaliar e a interpretar as suas atitudes, já que permite ajustar os resultados obtidos da escala de atitudes às características desta população.

Quanto à variável área de residência do estudante não foram encontradas correlações estatísticas significativas. Assim, nem o fator rural nem o urbano, em termos de residência, parecem ser relevantes nas atitudes dos estudantes face ao idoso e ao envelhecimento.

Relativamente às atitudes é importante realçar que este estudo revelou que a convivência com os avós e/ou outros familiares idosos, estava relacionado com atitudes mais positivas. Estes resultados podem ter ocorrido pela interacção com experiências afetivas favoráveis indo ao encontro do preconizado por Motta (2004). De facto, o elemento afetivo é um dos componentes das atitudes e, deste ponto de vista, pode desempenhar um papel mediador importante na percepção da imagem dos idosos. Este facto deve ajudar positivamente na construção das atitudes destes estudantes face aos idosos. No entanto, a questão que se nos levanta é se essa vinculação existe e se o reconhecimento de uma relação emocional significativa influenciará a atitude face aos idosos.

CONCLUSÃO

A maior barreira para a transformação de atitudes e de comportamentos em relação à velhice é a falta de conhecimento científico entre os académicos e a falta de informação na população em geral sobre as características e as potencialidades do envelhecimento (Cachioni & Neri, 2004; Fajelmelhin, 2004; Tan, Zahng, & Fan, 2004).

Os dados desta pesquisa colocaram em evidência o papel importante dos estudos formais no estabelecimento de conhecimentos específicos sobre o envelhecimento, uma vez que os estudantes da área da saúde e que tiveram disciplinas onde foram abordados temáticas sobre o envelhecimento evidenciaram ter mais conhecimentos sobre os aspetos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram.

Paralelamente, as correlações verificadas entre os scores dos instrumentos de avaliação de atitudes e de conhecimentos revelaram que há uma interação recíproca entre o estudar o envelhecimento humano e apresentação de atitudes positivas face ao idoso e ao envelhecimento.

A interpretação do material recolhido permite concluir que os participantes do estudo evidenciaram atitudes face às pessoas idosas moderadamente positivas e conhecimentos relativamente baixos sobre o envelhecimento. Não obstante, os domínios da escala de atitudes avaliados com tendência mais negativa (Agência e Persona) bem como o sentido dos erros do questionário de conhecimentos (Psicológico e Social) parece estar associado a uma visão preconceituosa e negativa da velhice.

Ou seja, embora exista uma tendência a atitudes positivas em relação à velhice, os elementos da amostra também associam a velhice ao desgaste físico e à perda de capacidades motoras e intelectuais. Este tipo de resultados sugere uma visão da velhice preconceituosa, refletindo os rótulos sociais comumente utilizados para designar e descrever as pessoas idosas até porque sendo uma visão generalizada não contempla o indivíduo particularmente.

Esta visão do envelhecimento é próxima da conceptualização biomédica que questiona também a inevitabilidade do declínio intelectual associado ao declínio das capacidades físicas. Embora atualmente se assuma o modelo biopsicosocial aplicado ao envelhecimento, a verdade é que o modelo biomédico de saúde, de carácter reducionista, continua a dominar quase por absoluto nos currículos de formação. Os resultados deste estudo sugerem em parte essa influência, em parte um certo realismo decorrente do estudo e das experiências profissionais de apoio a idosos. Não obstante a sua formação científica, os estudantes podem revelar a mesma ou maior dose de estereótipos que as pessoas comuns.

Os resultados apontam no sentido para que a formação de recursos humanos deve basear-se na compreensão do modelo biopsicosocial aplicado ao envelhecimento e na necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Numa época de profundas crises económicas, de profundas mudanças sociais e educativas é desejável para a própria sustentabilidade das sociedades e culturas que a educação faça emergir atitudes e preocupações mais inclusiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G.(1935). Atitudes. In C. Murcigison (Ed.), *Hanbook of social psychology*. Worcerter, England: Clark University Press.
- BWA, (2002). Work and Ageing in Context in Australia, em: <http://www.businessworkageing.org/downloads/FACTSHEET.PDF>
- Cachioni, M. (2003). *Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de universidades da terceira idade*. Campinas: Átomo Alínea.
- Cachioni, M., & Neri, A. L. (2004b). Educação gerontológica: Desafios e oportunidades. *Vivencer: Revista Interdisciplinar sobre o Envelhecimento*, 1(1), 69-78.
- Cuddy, A., Norton, M., & Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-285.
- DGV (2009). Associação portuguesa de avaliação do dano corporal-instituto nacional de medicina legal; Revista Portuguesa do Dano corporal. Editorial. nº 19. Novembro 2009-Ano XVIII, 69-87.
- Fajelmilehin, B. R. (2004). Attitudes of students in health professions toward caring of older people: needed curricula revisions in Nigeria. *Educational Gerontology*, 30(3), 383-390.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). (2000). *Gerontología social*. Madrid, España: Pirámide.
- Fitzgerald, J. T., Wray, L. A., Halter, J. B., Williams, B. C., & Gupiano, M. A. (2003). Relating medical students knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *The Gerontologist*, 43(6), pp. 849-855.

- Gatz, M., & Pearson, C. (1988). Ageism revised and the provision of psychologist. *American Psychologist*, 43(3), 184-188. doi: 10.1037//0003-066X.43.3.184
- Grazina, M. M., & Oliveira, C. R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In A. M. Pinto (eds.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Greenwald, A. G., Klinger, M. R., & Liu, T. J. (1989). *Unconscious processing of dichoptically masked words*. *Memory and Cognition*, 17, 35-47.
- Harris, K. D., & Chngas, S. P. (1994). Revision of Palmore's second facts on aging quiz from a true-false to a multiple-choice format. *Educational Gerontology*, 20(8), 741-754. doi: 10.1080/0360127940200802
- Harris, K. D., Chngas, S. P., & Palmore, B. E. (1996). Palmore's first facts on aging quiz in a multiple-choice format. *Educational Gerontology*, 22(6), 575-589. doi: 10.1080/0360127960220605
- Levy, B., & Banaji, M. (2002). Implicit ageism. In T. Nelson (Eds.), *Ageism Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, Massachusetts: Bradford Book.
- Martins, S. T. F. (2002). Educação científica e actividade grupal na perspetiva sócio- histórica. *Ciência & Educação*, 8(2), 227-235.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Acidentes de Trabalho 2010*. Lisboa, Portugal: Coleção Estatísticas - Acidentes de Trabalho.
- Motta, A. B. (2004). Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In C. E. Peixoto (Eds.), *Família e envelhecimento* (109-144). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Neri, A. L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Neri, A. L., & Freire, S. A. (2000). Qual a idade da velhice? In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 7-19). Campinas, Brasil: Papirus.
- Neri, A. L., Cachioni, M., & Resende, M. C. (2002). Atitudes em relação à velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.972-980). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2003). Atitudes e crenças sobre velhice: Análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In O. R. M. von Simson, A.L. Neri & M. Cachioni (Orgs.), *As múltiplas faces da velhice no Brasil* (pp. 13-54). Campinas, Brasil: Átomo Alínea.
- Neri, A. L., & Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: Subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 127-138. doi: 10.1590/S0103-166X2006000200003
- Novaes, M. H. (1995). *Psicologia da Terceira Idade: Conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Grypho.
- Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia - O Bem-estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. New York, NY: Appleton.

- Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quizz. *Gerontologist*, 17(4), 315-320. doi: 10.1093/geront/17.4.315
- Palmore, E. (1988). *The facts on aging quiz: A handbook of uses and results*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-557
- Palmore, E. (2004). Research note: Ageism in Canada and United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19(1), 41-46.
- Rajecki, D. (1990). *Attitudes* (2ª Ed.). Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates, Inc.
- Resende, M. C. (2001). *Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física* (Dissertação de Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas, Brasil.
- Sirkbekk (2003). *Age and Individual Productivity: A Literature Survey: Max Planck Institute for Demographic Research Germany*. Recuperado de <http://www.demogr.mpg.de>
- Tan, P. P., Zhang, N., & Fan, L. (2004). Student's attitudes toward the elderly in the Pople's Republic of China. *Educational Gerontology*, 30(4), 301-314.
- Triadó, C., Martínez, G., & Villar, F. (2000). *Psicologia del desenvolupament: adolescència, maduresa i senectut*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Wagner, E. C., & Neri, A. L. (1985). Opiniões de pessoas de diferentes faixas etárias sobre velhice: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 2(2-3).

CAPÍTULO IV

MANTER A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NO DOMICÍLIO: UM DESAFIO

SUZANA FILOMENA CARDOSO DUARTE

INTRODUÇÃO

O panorama atual das necessidades em saúde é marcado pela alteração das curvas de transição epidemiológica e demográfica. Este dado, a par do ímpeto economicista privilegiador da precocidade das altas hospitalares, determina o incremento da importância dos cuidados de saúde prestados no domicílio, o que se traduz em novas necessidades de apoio da pessoa doente (suporte na dependência e ênfase na reabilitação e reinserção familiar) e em diferentes necessidades dos cuidadores informais, nomeadamente a família cuidadora.

Em Portugal procurou-se responder a estas necessidades através da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta rede tem como objetivos apoiar a pessoa dependente e a sua família, retirando-a dos hospitais de cuidados agudos, tão precocemente quanto possível. A pessoa é encaminhada para diferentes unidades em função das suas necessidades e, sempre que possível, regressa ao domicílio com apoio de unidades de cuidados continuados domiciliários (oriundas dos Centros de Saúde).

Esta política de saúde e apoio social caracteriza-se pela deslocalização de um paradigma centrado na doença para um que coloca a pessoa e o seu contexto individual como foco central dos cuidados. Conceitos como integralidade, centralidade, interdisciplinaridade, funcionalidade e capacitação ganham corpo e dimensão nos cuidados de saúde nacional, assumindo-se como um volte face de características ímpares.

A aposta nos cuidados domiciliários, nomeadamente na versão que se pressupõe integrada nos cuidados continuados, representa uma mudança paradigmática relativamente à perspetiva da saúde e dos cuidados de saúde, necessariamente mais centrados nas necessidades individuais do que nos aspetos patológicos. Cuidar de uma pessoa, desta forma, assume-se como um exercício que procura situar a pessoa no seu contexto e na sua realidade vital. Constitui um desafio para a pessoa, para a família e para os enfermeiros envolvidos no processo

A literatura sobre o papel do enfermeiro no domicílio é variada e foca os diversos aspetos neste contexto, globalmente considerado como em mudança e a representar novos desafios, incluindo a especificidade das competências e conhecimentos a mobilizar. Contudo, os estudos referem-se a realidades diferentes da nacional, partindo de países em que os cuidados domiciliários são prestados por enfermeiras, contratadas por agências, na sua maioria privadas. Não há referência à necessidade de manutenção da continuidade de cuidados, muito embora se constate que o utente dos cuidados domiciliários pode necessitar do apoio de uma equipa multidisciplinar. A literatura indica que resultam consequências disfuncionais na pessoa e na organização devido a conflitos e a ambiguidade de papel em organizações complexas, as quais mobilizam um elevado leque de profissionais, como ocorre na generalidade dos serviços de saúde.

Com este estudo pretendeu-se compreender as condições e o contexto em que os cuidados de enfermagem ocorrem no domicílio, as estratégias de ação e de interação, as variáveis determinantes na opção das intervenções e suas consequências, tendo por base uma questão de partida: Qual o papel singular do enfermeiro na construção da continuidade dos cuidados de saúde no domicílio?

O estudo foi efetuado com base num desenho qualitativo sob o referencial teórico do Interaccionismo Simbólico, o qual visa interpretar o contexto social e interpessoal da prestação de cuidados, enfatizando a intencionalidade e a construção consciente de significado individuais, os quais constroem o papel do enfermeiro. Foi utilizada, como metodologia de análise, a *Grounded Theory* de Glaser e Strauss (1967), com o intuito de compreender o processo de construção do papel a partir das perspetivas dos atores envolvidos (enfermeiros, outros elementos da equipa e os utentes e seus cuidadores). O estudo decorreu num Centro de Saúde no qual se encontra implementado um Programa de Cuidados Continuados Domiciliários (PCCD), na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, a qual autorizou o estudo. Os dados foram colhidos com recurso a entrevistas qualitativas (a enfermeiros, equipa multidisciplinar, responsáveis da Direção do Centro de Saúde, utentes e seus cuidadores), observação participante dos cuidados domiciliários e reuniões de equipa e entrevista de grupo focal (Focus Group).

A informação obtida reconhece o processo e a natureza do papel do enfermeiro, fundamental face às necessidades de saúde da população. Este estudo tem implicações identificadas, sobretudo para os enfermeiros que poderão beneficiar diretamente dos conhecimentos encontrados, nomeadamente da identificação dos obstáculos, das dificuldades e das estratégias que devem ser utilizadas no seu desempenho profissional, independentemente do local de trabalho uma vez que a continuidade dos cuidados é um fenómeno cada vez mais central no papel assumido em contexto de prestações de cuidados de saúde.

Serão descritas as estratégias implementadas pela equipa de enfermagem com o objetivo de construir uma parceria de cuidados, essencial ao processo de manutenção da continuidade dos cuidados no domicílio.

1 – O DOMICÍLIO: UM DESAFIO PARA OS CUIDADOS

Cuidar no domicílio apresenta particularidades enquanto fenómeno, ainda que esteja sempre presente nas práticas de cuidados dos enfermeiros. A inclusão da necessidade de manter a continuidade dos cuidados determina características adicionais.

O domicílio é o local onde acontece a relação entre o enfermeiro e a pessoa/família, conferindo, por isso, contornos singulares à interação. Local insulado de cuidados, a casa mantém-se como espaço preferencial e idealizado para os cuidados de saúde, na perspetiva de utentes e profissionais, ainda que, por vezes, seja um espaço de conflitos. Envolve ainda tomada de decisão e intervenção distintas, sendo também caracterizado pela incerteza do espaço, do tempo e do foco de cuidados.

O espaço domiciliário apresentado como o local ideal de cuidados está presente em vários documentos de saúde. De acordo com Nogueira (2009), 80% da população portuguesa preferia receber cuidados em casa, se estiver dependente, o que nos mostra que o desenvolvimento de respostas no domicílio, para além de condizer com estratégias internacionais, é o que corresponde às preferências dos portugueses.

Contudo, o cuidado de doentes com variados níveis de dependência é reconhecido como fragmentado, dispendioso e baseado no contexto hospitalar, por conseguinte, o movimento que permite aos utentes serem cuidados de forma mais adequada, e próxima, do que desejam é referido na literatura como desejável. Os cuidados continuados domiciliários surgem como um contexto que permite este apoio, sendo apresentados como local ideal de cuidados e, ao mesmo tempo, um local potencial gerador de diversas formas de conflito (Brazil, Howell, Bedard, Krueger, & Heidebrecht, 2005; Eddy, Reinhart, & Warrer, 2005; Kane, 1999; Mapanga & Mapanga, 2004; Muir-Cochrane, 2000).

As referências apontam a particularidade do contexto domiciliário e as implicações deste no desenvolvimento da arte de pensar de forma criativa, de “aceitar sem julgar, uma vez que nem sempre se trabalha com pessoas fáceis mas aqui é a casa deles” Eddy et al. (2005, p. 14). Em particular, Muir-Cochrane (2000) considera que a visita domiciliária implica, do enfermeiro e do cliente, a adoção do papel de convidado e do papel de dono da casa, respetivamente, em que o controlo da situação de cuidados é exercido em circunstâncias específicas pelo utente.

Objeto de referência é, igualmente, a especificidade da relação que é estabelecida em face do contexto, sendo este objeto considerado propício ao desenvolvimento de relações terapêuticas, dada a durabilidade da relação e a necessidade de suporte social dos utentes a exemplo dos achados de vários autores (DePalma, 2006; Pesznecker, Patsdaughter, Moody, & Albert, 1990; Vivian & Wilcox, 2000).

Tradicionalmente, os objetivos dos cuidados domiciliários são a diminuição da dependência das instituições hospitalares e os internamentos frequentes. É de salientar a importância de programas que visam assegurar a continuidade dos cuidados, manifestamente diferenciados dos programas de visita domiciliar com ênfase em intervenções curativas. A continuidade dos cuidados é assegurada desde a instituição de origem do utente, através da sinergia de esforços e paralelismo da informação a fornecer à pessoa, família e profissionais. Quando ocorrem interrupções no processo de transmissão da informação, a continuidade dos cuidados é colocada em risco. A ausência de troca de informação agrava ainda mais o isolamento decorrente da localização dos cuidados fora do espaço institucional, assim como no campo em estudo. A preocupação com a circulação da informação é manifestada por alguns autores (Case & Seigal, 1996; Silva-Smith, 2007) que a consideram de uma importância fundamental, especialmente por assegurar uma transição tranquila entre a instituição e o domicílio, para a pessoa e cuidadores. Uma referência comum e geradora de conflito para o enfermeiro é a ausência de transmissão de informação institucional, originando as situações de solução da continuidade referidas.

Importante neste contexto é a constatação da necessidade de incluir nas práticas de cuidados as concepções de saúde e doença da pessoa/família. De acordo com DiCicco-Bloom e Cohen (2003, p. 26), “os enfermeiros constituem o maior grupo populacional que pode prestar cuidados culturalmente competentes a grandes grupos populacionais”. Em cuidados domiciliários, o enfermeiro desenvolve a sua prática em locais de grande diversidade de formas de viver dos utentes, constituindo-se “as guardiãs e organizadoras dos cuidados de saúde” (DiCicco-Bloom & Cohen, 2003, p. 26). Ao trazer os cuidados para a casa são confrontadas com o desafio e a oportunidade de prestar cuidados culturalmente competentes, tendo em conta que os resultados pretendidos não serão assegurados se se quebrar a comunicação, podendo ocorrer, daí, interrupções do processo de construção da continuidade dos cuidados.

O domicílio é também um espaço gerador de dificuldades e de bem-estar para o enfermeiro e para os utentes, do qual surgem manifestações de sensações com o programa e com os cuidados: a satisfação; o sentir-se bem; a felicidade; a infelicidade; o mal-estar; a realização pessoal; entre outras (Duarte & Costa, 2009), próximas do conceito de bem-estar subjetivo que, em Galinha e Ribeiro (2005), integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva relacionando satisfação e felicidade.

Duarte e Costa (2009) identificaram causas de bem-estar para a pessoa e família: manter o controlo; sensação de auto-eficácia e de auto-estima da pessoa/família; proximidade e manutenção da esperança realista; suporte social proporcionado pelo enfermeiro; e securização. Para os enfermeiros, e ainda de acordo com as mesmas autoras, a sensação de bem-estar oriundo da especificidade do contexto assenta na reciprocidade da relação, no compromisso social, na relação com a equipa pluridisciplinar, no aceitar um desafio e no reconhecimento/gratidão do contributo dos enfermeiros por parte da família.

Na globalidade, as características do contexto formam um conjunto de condições desafiantes, para as quais o enfermeiro procura estratégias de ação/interação. Neste capítulo foram identificadas as primeiras. No próximo serão descritas as estratégias implementadas pelos enfermeiros como resposta às condições contextuais.

2 – A ESTRATÉGIA: RECRIAR O PAPEL DO ENFERMEIRO

Vistos os ditames sociais que originam as características peculiares do domicílio (Condições Contextuais), passo à identificação da natureza e ao processo da construção do fazer singular do enfermeiro enquanto ações estratégicas.

Ações estratégicas ou interações são atos deliberados para resolver um problema (Strauss & Corbin, 1998). Em função da realidade em que vivem, os atores constroem uma forma substantiva de solucionar os problemas que enfrentam.

A questão orienta para a descoberta de como contribuem os enfermeiros para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio. Neste contexto, o enfermeiro utiliza uma forma peculiar de fazer e de ser, baseada no quadro de referência da profissão e em características pessoais, colocadas ao dispor da pessoa, na prossecução do objetivo. Foram identificadas três estratégias:

1. Conciliação de Papéis;
2. Implementação de Práxis Crítica;
3. Encontro de Alteridades.

Na explanação das estratégias perpassa um *continuum*: o enfermeiro percebe o papel solicitado, concilia a expectativa dos utentes com a sua concepção (Conciliação de Papéis), implementa um fazer singular (a Práxis Crítica), para o que contribui o encontro na dimensão de aceitação do mundo do outro. São estratégias interligadas que, em unísono, vão originar uma consequência.

2.1 Conciliando Papéis

O ambiente em que se desenvolve a prática de cuidados é complexo, envolvendo múltiplas dimensões e atores. O enfermeiro desenvolve um conjunto de ações/interações em resposta ao desafio, adotando um papel que recria, considerando as particularidades do contexto da prática (englobando os atores) e as suas exigências (próprias e dos outros).

Papel social é um conjunto de funções, normas e direitos, definidos social e culturalmente, que se espera que o ator cumpra, de acordo com o estatuto social, adquirido ou atribuído. É uma forma de aceitação e de desempenho concreto, um conjunto de comportamentos esperados, direitos e obrigações inter-relacionados, conceptualizado por atores numa situação social (Goodling, 2003).

No Interaccionismo Simbólico o papel é objeto de negociação criativa entre os indivíduos. Mead citado por Turner (2005), considerava os papéis interativos só fazendo sentido quando pensados para uma pessoa que coopera e compete com os outros. Os atores sociais criam os papéis com base nas pessoas em redor, adaptam-nos e, através de um processo de interação social, testam-nos, confirmam-nos ou modificam-nos (Blumer, 1986; Turner, 2005).

Peplau (1990) tem a opinião de que o enfermeiro, durante as fases do processo interpessoal, assume diferentes papéis: o primeiro de *pessoa (inicialmente) estranha*, em que o enfermeiro interage com o utente baseando-se no respeito e no interesse, perspetivando a pessoa como alguém emocionalmente apto; depois vai desempenhar o papel de *pessoa recurso*, que implica repostas às perguntas dos utentes; pode atuar como *educador e líder*, auxiliando no processo de aprendizagem, à medida que promove a participação ativa do mesmo no processo de cuidados. Outros papéis desempenhados são os de *substitutos*, que visam desenvolver a personalidade do utente a partir da reativação das experiências anteriores. É, aparentemente, um processo que evolui, em função do desenvolvimento da relação e das necessidades da pessoa que o enfermeiro identifica, pela implementação do processo de cuidados, assumindo os papéis em sequência.

O conceito de papel é, igualmente, utilizado por Moreno (1983), que o encara como uma unidade de experiência sintética na qual se fundem elementos privados, sociais e culturais e que descreve a dimensão inter-relacional das ações humanas e o seu carácter simultaneamente coletivo e individual. No desempenho de um papel, a pessoa integra, numa relação específica, elementos que constituem a sua participação na cultura e as suas características pessoais, de tal forma que, quanto mais desenvolvido um papel está, mais livre é a manifestação da pessoa quando o desempenha.

No contexto estudado, o enfermeiro desempenha um papel determinado pelas especificidades normativas legais e profissionais e ainda pelos princípios orientadores

do Programa. Desenvolve o papel criativamente, ampliando os limites das práticas anteriores, referenciadas como constritivas, para permitir (nas palavras dos enfermeiros) desempenhar o papel profissional para o qual se encontra preparado e que vai ao encontro das suas expectativas e das expectativas das pessoas/famílias cuidadas, isto é, o enfermeiro recria o papel.

A recriação do papel compreende a negociação, considerando que todos os intervenientes no processo de cuidados têm um papel determinado (Fagerli, Lien, Botter, & Wandel, 2005; Forchuk, 1994), negociado e no qual cada interveniente vai aprendendo os limites e as normas de comportamento. Há cuidadoras que não abdicam do seu papel de cuidador principal, por esta razão, o enfermeiro harmoniza o comportamento de forma a demonstrar aceitação desse papel e, ao mesmo tempo, assume o papel que a pessoa e família esperam de si, em função do momento do processo de cuidados em que se encontram.

A necessidade de negociação dos papéis pode implicar uma maior frequência das deslocações e reuniões com a família, que visa estabelecer os limites, determinar os cuidados a prestar por cada um dos atores, as particularidades das intervenções e a inclusão das práticas das pessoas nos cuidados. A negociação pode determinar a definição da esfera de intervenção de cada membro da família e do enfermeiro, por exemplo, aceitar os procedimentos técnico-científicos como exclusivos do enfermeiro; partilhar decisões sobre o tempo dos cuidados em função das disponibilidades dos intervenientes; e aceitar que algumas intervenções são exclusivamente do foro da família, como os cuidados de manutenção da vida. Na maioria das situações, a negociação possibilita áreas de estreita relação entre a pessoa/família e o enfermeiro, em que ambas acordam sobre o desenvolvimento do processo dos cuidados, envolvendo as práticas e a artesanía familiar.

Spiers (2002) identificou áreas particulares de negociação dos papéis em cuidados domiciliários. No contexto estudado, estas áreas foram reconhecidas, embora assumindo contornos peculiares:

1. Negociar territorialidade - negociar o espaço dos cuidados. Neste contexto particular, o espaço de cuidados é o da pessoa, não ocorrendo negociação mas aceitação da decisão da pessoa/família, pelo que o enfermeiro convive com a incerteza do espaço de cuidados. As negociações decorrem em torno da necessidade de alterações ou ajustamentos face às condições de saúde e não em função dos procedimentos: remover tapetes ou barreiras arquitetónicas; e modificar a posição dos móveis (motivos que se relacionam com o bem-estar e a necessidade de evitar os perigos). Mesmo nestas circunstâncias, o enfermeiro negoceia com a família.
2. Negociar a partilha da perceção da situação. Neste contexto, o enfermeiro e a pessoa/família procuram ter uma perspetiva em comum sobre o significado e

a evolução da situação de saúde. Pode envolver esclarecimentos adicionais, mas implica sobretudo a partilha dos conhecimentos de ambas as partes sobre a situação vivida.

3. Estabelecer uma relação amigável de trabalho. Os cuidados são marcados por interação terapêutica na qual os intervenientes negociam e mantêm um sentido de colaboração amigável e de partilha de conhecimento pessoal, para além das exigências imediatas do processo de cuidados. Este conhecimento acarreta sinceridade e apreço, o que é terapêutico. O enfermeiro utiliza o conhecimento sobre a pessoa para adequar o cuidado e os utentes usam o conhecimento que têm sobre o enfermeiro para expressar o que sentem.

4. Sincronizar as expectativas do papel. Este constitui, também no contexto do estudo, um aspeto identificado: ambos (enfermeira e família) identificam o papel de cada um e negociam as fronteiras dentro das quais o cuidado é avaliado. É, para Spiers (2002), o passo essencial para determinar a autonomia relativa e a dependência/colaboração nas decisões de cuidados.

5. Negociar o conhecimento. Inclui obter e providenciar informação ou conselhos dentro de um contexto interpessoal, no qual enfermeiros e utentes têm de explorar as competências mútuas. A negociação passa por encontrar o meio apropriado para fornecer informação sem que a pessoa se sinta menosprezada (e não impor a informação), por clarificar alguns aspetos, afirmar o conhecimento correto e identificar e suprir informação incorreta.

6. Sensibilidade a temas tabu. Envolve a identificação de temas cuja referência pode ser sensível para a pessoa, ou para o enfermeiro, como a reação à dor, os medos ou as referências a hábitos de eliminação, nomeação de áreas corporais (genital, principalmente) e a sexualidade (Spiers, 2002). O enfermeiro usa a sensibilidade para se referir àquelas temáticas ou utiliza as expressões da pessoa. Contudo, ao contrário das múltiplas referências daquela autora, neste contexto, os temas *difíceis* são objeto de reflexão, por vezes em equipa, ocorrendo, depois, a troca de informação com a pessoa/família. Entre os temas mais sensíveis estão os relacionados com suspeitas de maus tratos, com a higiene da habitação e a constatação de práticas de cuidados não conducentes ao bem-estar da pessoa, quer por negligência do cuidador quer por dificuldades na incorporação das sugestões do enfermeiro.

Evidencia-se, então, que negociar cuidados é inerente ao processo relacional enfermeiro-utente. Considerando enfermagem como uma experiência vivida entre pessoas (Paterson & Zderad, 1976), com o exercício profissional do enfermeiro consubstanciado na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/família ou grupo de pessoas/famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2003), a relação que se estabelece entre os atores é de carácter intersubjetivo e um ato social que causa um efeito nos intervenientes. A

localização dos cuidados e a necessidade de articular com diversos profissionais, nem sempre diretamente conotados com a saúde, determinam que a relação se construa no intercâmbio de ações/interações que ocorre em cada visita domiciliária.

O enfermeiro assume o papel para o qual é mandatado pela profissão, pela legislação e pelas necessidades sentidas pela pessoa e família, papel este também socialmente consolidado na história da profissão. Na recriação do papel, o enfermeiro acrescenta o papel de mediador (o profissional que assegura a articulação entre a pessoa/família e os recursos) e o papel de apoio técnico-científico e emocional para manter a tranquilidade e a normalidade do ritmo da vida. É este o papel que permanece para a pessoa/família: o suporte e o mediador, dotado de competências científicas e de atributos pessoais; e o securizador, em matéria de necessidades de saúde.

O enfermeiro assume-se como o profissional dotado de conhecimentos técnicos e científicos que apoia a pessoa/família na transição para novos papéis, o mediador entre a pessoa/família e os recursos dos serviços de saúde, e entre a pessoa, a família e o suporte emocional para ambos os intervenientes. Este papel é partilhado por toda a equipa de cuidados e transmitido aos enfermeiros mais novos como sendo o predicado que atribui singularidade ao enfermeiro em cuidados domiciliários.

O enfermeiro colabora na construção do seu papel perante as famílias. Ao não permitir que a primeira abordagem ao utente sejam os procedimentos, está, ativamente, a contribuir para essa modificação. A cada visita, a primeira preocupação do enfermeiro é perguntar como está a pessoa, inquirir sobre a família e as necessidades. Deixando os procedimentos para um tempo oportuno, demonstra que é a pessoa e a família os motivos da deslocação e que os procedimentos são parte das necessidades que o enfermeiro colmata. Igualmente diferenciador do papel do enfermeiro é a perspetiva do todo formado pela pessoa/família/espço de vida: o enfermeiro integra a pessoa cuidada e o seu ambiente no processo de cuidados, o que significa integrar a incerteza do foco, do tempo e do espaço de cuidados. O processo cuidativo, em cuidados domiciliários, envolve a pessoa e a comunidade onde esta está inserida.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) inclui este papel de mediação com os recursos da comunidade, consignando que compete ao enfermeiro encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro (Decreto-Lei nº 161, 1996). Assegurando os cuidados a uma pessoa/família, o enfermeiro assume o papel de mediação que determina que seja o elemento da equipa que, além de conhecer o utente, conhece os recursos da comunidade, movimentando-se com particular perícia entre as instituições prestadoras de serviços domiciliários, orientando as necessidades de

apoios técnicos, utilizando o conhecimento que detém sobre onde pedir emprestado os recursos quando o centro de saúde já não os pode disponibilizar. O enfermeiro assume, pois, a gestão de um *banco de apoios técnicos* da comunidade, constituído por uma lista de recursos e respetivos proprietários.

É o enfermeiro que identifica (ou recria) a rede de apoio social em torno do utente. Para tal, procura identificar parentes da pessoa quando esta vive sozinha ou recorre aos vizinhos, recorrendo a um conjunto de pessoas que, em sinergia, apoiem a pessoa em solidão. Esta tarefa pode implicar negociações conturbadas com familiares, o que faz com que o enfermeiro utilize estratégias no sentido de os aliciar para os cuidados. Muitas vezes a equipa confronta-se com situações complexas de gestão de reformas de idosos ou de partilhas de bens que motivam ameaças por parte de familiares ou o pedido de mediação de conflitos. As situações que o enfermeiro soluciona são, também elas, objeto de especial referência, com ênfase na forma como a família se sentiu após ter cumprido o que é considerado, socialmente, um dever.

Para o exercício do papel de mediador e de suporte técnico-científico e emocional, o enfermeiro integra comportamentos que, embora essenciais ao desempenho do papel, são quase ocultos, apenas identificáveis através dos resultados. São capacidades mobilizadas na prática de cuidados, que não constam dos cânones legislativos gerais ou profissionais. Constituem formas de fazer competente (considerando as vicissitudes e as virtualidades do contexto e das pessoas envolvidas), situadas na fronteira da profissionalidade e dos atributos pessoais, tendo sido denominadas de dimensões ocultas do papel: conciliar as necessidades da pessoa/família com as necessidades do programa de cuidados continuados domiciliários, numa lógica de custo eficiência; mediar entre padronização e individualização; transgredir os limites da profissão; negociar entre os doentes e a família; e configurar necessidades infindáveis com recursos finitos.

Estas dimensões ocultas surgiram ao longo da observação participante, em face dos comportamentos que o enfermeiro adotava na resposta ou na interpretação das situações.

1. Conciliar as necessidades da pessoa/família com as do PCCD, numa lógica de custo eficiência. Por vezes, de forma solitária, o enfermeiro concilia necessidades da pessoa nem sempre facilmente conciliáveis com as da organização ou da família: regressar a casa da pessoa e manobrar de forma a ter a família do seu lado para alcançar o objetivo (principalmente nas relações com instituições mais *diffceis*). Envolve organizar as visitas de forma a englobar as pessoas que delas necessitam, no tempo disponível e de forma eficaz. Ocorrem situações em que, sendo proposta a alta do programa, o enfermeiro decide adiá-la, por considerações individuais, mesmo significando deslocações fora do tempo de atendimento do programa.

2. Mediar entre padronização e individualização significa que se a forma como os cuidados são disponibilizados e prestados é estipulada nos princípios do PCCD, o enfermeiro decide, em cada situação, respeitar a individualidade da família. Por exemplo, manter o doente em casa é um princípio, mas há situações em que tal não é desejável por variados motivos, seja o cansaço extremo da cuidadora seja a ausência de condições para o utente permanecer na habitação, a suspeita de maus tratos ou a ausência ou ansiedade do cuidador.

3. Transgredir os limites da profissão: em variadas situações o enfermeiro transgride e trabalha no limiar das competências profissionais legais, ainda que seja um dos aspetos não mencionados nos cânones estritos do papel. Um dos exemplos de transgressão é a prescrição de medicamentos (pelo médico) via telefone, com base na observação do enfermeiro.

4. Negociar entre os doentes e a família pode causar dilemas e conflitos para o enfermeiro ao reconhecer que não se encontra mandatada para tal papel, competindo-lhe a sensibilidade e a diplomacia para esta intervenção. São comuns os pedidos de auxílio numa situação em que os filhos exercem pressão sobre o cuidador (usualmente a esposa idosa) para que seja elaborado o testamento, ou numa circunstância em que o enfermeiro percebe que a pessoa se sente insatisfeita com o cuidador ou em que o cuidador é objeto de pressão por parte da pessoa cuidada. Procurando não ultrapassar os limites da sua intervenção profissional (não tomar partido), o enfermeiro procura mediar entre as partes ou recusa a intervenção (no caso de testamentos, por exemplo).

5. Reconfigurar necessidades infundáveis com recursos finitos. Também neste contexto ocorre a necessidade de controlar os custos sem prejudicar a qualidade dos cuidados prestados. Abrange a prestação de cuidados, a periodicidade das visitas e a racionalização dos custos. Envolve as necessidades da pessoa e família, muitas vezes com poucos recursos económicos, o que obriga o enfermeiro a colocar em prática a criatividade e artesanaria, a procurar alternativas, negociando ajudas técnicas, regateando preços, ou mobilizando uma rede de solidariedade que permite o empréstimo de algum equipamento necessário ou a pressão sobre autarquias, *ameaças* ou outras formas, de maneira a conseguir satisfazer a necessidade da pessoa/família. Estas estratégias não estão incluídas nos manuais académicos, mas são as que os enfermeiros aprendem a utilizar em função do conhecimento sobre a comunidade e o transmitido na equipa. É um conhecimento oriundo da experiência, cimentado na prática reflexiva, que os mais *antigos transmitem aos mais novos*.

Recrutar o papel compreende a relação com a pessoa e família, uma forma de fazer substantiva e a criação de um ambiente propício. O enfermeiro e o utente dos cuidados de enfermagem “possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual...” competindo ao primeiro abster-se de “juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos

cuidados de enfermagem”, dada a sua “formação e experiência que lhe permite entender e respeitar o outro ” (OE, 2004, p. 4). Deste modo insere-se nas funções do enfermeiro a adequação aos valores da pessoa cuidada, ao ser detentor de uma formação que lhe exige a perceção do outro enquanto pessoa autónoma. Respeitar a pessoa cuidada implica assumir a defesa dos seus interesses. Ao recriar o seu papel como mediador e apoio técnico-científico e emocional, o enfermeiro advoga pela pessoa/família.

Assim, o profissional ao mediar assume ter uma obrigação ética de advogar pelos doentes, descrevendo os seus julgamentos e ações em prol de uma pessoa/família como um defensor do doente. A condição base que exige apoio é a vulnerabilidade do doente ao risco inerente aos cuidados de saúde em função da sua doença, idade e condição social (e abandono), cultural e económica. Advogar é contextualmente complexo e componente de risco da prática de enfermagem (Xiaoyan & Jezewski, 2007), mas as pessoas reconhecem este papel do enfermeiro e utilizam-no, solicitando mediação e intervenção.

Percecionar a advocacia como um fenómeno com uma relação terapêutica no seu âmago dotou o conceito de novos aspetos: salvaguardar da autonomia do cliente; intervir em prol do cliente e defender a justiça social (equidade) na provisão de cuidados de saúde (Xiaoyan & Jezewski, 2007); proporcionar segurança; atender a pessoa como um todo; ser a voz dos doentes e preservar a personalidade; educar, valorizar e respeitar; apoiar física e emocionalmente, proteger e representar e promover a continuidade dos cuidados (O’Connor & Kelly, 2005; Negarandeh, Oskouie, Ahmadi, & Nikraves, 2008; Ritchie, 2001; Walsh & Kowanko, 2002). São aspetos inerentes ao papel do enfermeiro identificados no contexto em estudo.

2.2 Práxis Crítica

O enfermeiro consolida o papel recriado através da adoção do fazer competente (prático). A Práxis Crítica implica mudança, reformulação, descoberta (ou redescoberta) de significados para os cuidados, determinando que a reflexão se constitua um comportamento essencial, isto é, a práxis é o conhecimento refletido (Lemke, 1995; Newman, 2000; Penney & Warelow, 1999). É um fazer apoiado em teorias de enfermagem com a valorização do pensamento e conhecimento próprios, o que reforça a ideia de se constituir como uma nova compreensão da teoria e da prática através da reflexão (Penney & Warelow, 1999). Freire (1983) encara a práxis como ação informada, a qual, quando sujeita a reflexão, determina a modificação do conhecimento que a sustém. A relação teoria-pessoa-ação descreve a reconstrução do mundo e, neste contexto, pode produzir conhecimento emancipatório, capacitação das pessoas/famílias cuidadas e pensamento crítico (Eddy et al. 2005).

A práxis do enfermeiro assenta no conhecimento sobre a integralidade da pessoa. Ao ser mandatado para assumir o papel de mediador entre as necessidades da pessoa/família e os recursos de saúde e da comunidade, o enfermeiro reconhece a necessidade de ir ao encontro das expectativas. O conhecimento da pessoa/família também se torna um elemento essencial da prática de cuidados, uma vez que o enfermeiro trabalha sem rede, o que dota este saber sobre a pessoa de características securizantes para o enfermeiro.

O enfermeiro procura centrar os cuidados no cliente, para os quais se encontra equipado com competências genéricas (comunicação, resolução de problemas, avaliação e investigação, auto-formação e interação interpessoal) que o direcionam para o envolvimento em aprendizagem ao longo da vida, revisão profissional e desenvolvimento e responsabilidade, auto-crítica e prática profissional autónoma. Os enfermeiros são capazes de interagirem de forma efetiva com o contexto, de serem profissionais competentes, líderes situacionais, membros interdependentes de uma equipa e profissionais reflexivos capazes de substanciar as suas ações, a exemplo do referido por Higgs e Bithell (2005), e aptos para assumirem o papel de pivot no contexto da equipa (OE, 2004).

A práxis está conectada com o que é considerado prática de excelência ou, de acordo com alguns autores, um bom trabalho em enfermagem, definido como sendo técnica e cientificamente efetivo, assim como moral e socialmente responsável (Miller, 2006). Quando os enfermeiros desempenham um bom trabalho e permanecem comprometidos com a excelência, experimentam realização pessoal e contribuem para o bem-estar da pessoa/família.

A práxis crítica do enfermeiro implica prestar cuidados de qualidade e assistir as pessoas na aquisição de um nível de totalidade e saúde essencial ao seu projeto individual de saúde. De acordo com Pelegrino e Thomasma (1993) curar, ajudar, bem cuidar e atuar no melhor interesse do doente são resultados finais ou objetivos da enfermagem. Para serem agentes terapêuticos, os enfermeiros constroem relações interpessoais cuidativas nas quais o compromisso ético de cuidar de alguém e tomar parte no sofrimento do outro determinam um modo profundo e vivido da ética (Lemonidou, Papathanassoglou, Giannakopoulou, Patiraki, & Papadatou, 2004).

O enfermeiro procura realizar escolhas criteriosas, que se encontram em estreita relação com o que acredita ser verdade e com as suas crenças sobre a função da enfermagem. Esta perspetiva é operacionalizada, em cuidados domiciliários, quando referem ser um espaço onde podem exercer a profissão, procurando formas de ir ao encontro das necessidades identificadas: consideram um bem-fazer quando prestam cuidados de qualidade que implicam *bem cuidar, conhecer a pessoa, fazer a diferença, tratar o outro com respeito e honestidade, proporcionar apoio e estar presente, defender os menos privilegiados e capacitar a pessoa/família*.

A importância do domínio das competências éticas e deontológicas perpassa no processo de decisão. O enfermeiro toma decisões em solidão, baseada na sua apreciação da situação com a qual se confronta, apoiada pelo seu conhecimento e experiência clínica. A habilidade para colher e sintetizar informação, tomar e implementar decisões no ambiente clínico são uma componente essencial da prática clínica (O'Reilly, 1993; Tapp, 2000). Acrescentada ao processo de pensamento e à prática, a tomada de decisão determina o julgamento clínico, definido como uma competência crítica do profissional de saúde, central para a prática autónoma que permite a decisão com conhecimento, adequada para a intervenção a implementar em contexto específico (Higgs & Jones, 2008).

Os afetos interferem com a decisão sobre a ação a empreender (Peters & Slovic, 2000; Damásio, 1994). O enfermeiro parece decidir baseada na sua conceção de perda e ganho para a pessoa/família, a exemplo do equacionado por Peters e Slovic (2000), que consideram que as considerações de conotação afetiva (como considerações de ganhos e perdas) podem determinar quais os atributos de maior peso na escolha entre as várias opções, isto é, a afetividade é o guia ao longo das tarefas complexas.

Entre os elementos que foram identificados na práxis do enfermeiro surge a adoção de um comportamento de reflexão sobre as práticas de cuidados, o qual vai proporcionar que os cuidados sejam construídos com base na realidade diariamente encontrada, permitindo a inclusão de novos conhecimentos. Através da prática reflexiva assiste-se à redução do hiato entre a teoria e a prática (Schön, 1983). A reflexão e a prática reflexiva são dimensões fundamentais da práxis e constituem uma parte do todo que envolve conhecimentos, habilidades técnicas e competências interpessoais e culturais.

A autonomia profissional adquire consistência quando os enfermeiros a encaram como inerente à sua prática e como uma preocupação, uma vez que a autonomia referida está intimamente conotada com o que consideram competências técnico-científicas da profissão, dando igualmente corpo à construção de uma identidade profissional que possibilita o *dizer enfermagem* neste contexto. São competências que o enfermeiro mobiliza na visita domiciliária, a exemplo de Herleman (2008); e Rice (2006): avaliação; intervenções terapêuticas; referenciação; admissão; entrevistas; desenvolvimento de um plano de cuidados que inclua as necessidades da pessoa; monitorização e ensino sobre medicação; e métodos invasivos (sondas, cateteres, pensos a feridas).

No desenvolvimento da práxis, o enfermeiro mobiliza competências que podem ser genéricas da profissão, ainda que adaptadas ao contexto (a redundância é propositada, na medida em que competência pressupõe saber agir em situação e, neste contexto em particular, é sabendo agir em situação que se trata) e partilhadas pela equipa (Fleury

& Fleury, 2000; LeBoterf, 1994; OE, 2004; Perrenoud, 2001). Além de saber mobilizar, LeBoterf (1994) vê, como relativas às competências, a segurança e a confiança que se referem ao modo como o indivíduo adquire e é notado pela sua capacidade.

As implicações traduzem-se na forma como o enfermeiro é perspectivado pela pessoa/família e pela própria equipa: a mobilização de competências permite ao enfermeiro assumir uma postura de *autoridade*, habilita a intervir de forma inovadora e a adotar o papel de liderança na equipa de cuidados. Demonstrar saber agir em função de objetivos determina que os outros reconheçam a competência o que implica dar segurança à pessoa/família (confiar em alguém competente), enfermeiro e equipa.

Para adquirir credibilidade, a competência deve ser reconhecida pelo olhar do outro, o que Dejours (1996) denominou de princípio normativo do olhar do outro. Neste contexto, as competências do enfermeiro são sujeitas a avaliação externa e interna. É interna a que é realizada pela equipa de pares, nas reuniões e na prática diária de cuidados. É externa a que assenta no julgamento da equipa, uma vez que o processo de cuidados de enfermagem, do julgamento inicial à implementação das intervenções, é sujeito a apreciação da equipa multiprofissional, no exercício das suas funções e nas avaliações anuais do programa. Igualmente externa é a avaliação que é feita pelos utentes do programa. São estes os avaliadores últimos e foi notória a satisfação com que as famílias discorrem sobre as competências dos enfermeiros. Entre o que os utentes julgam ser as competências do enfermeiro, surge o conhecimento, as intervenções, os comportamentos de escuta ativa e disponibilidade, e os atributos pessoais como a simpatia, o humor, a afetividade, entre outros já referidos.

O fazer do enfermeiro foi identificado por práticas próximas da rotina que parecem adquirir uma função securizante dada a solidão do trabalho. Estas rotinas poderão ser enquadradas no que Bourdieu denominou de estrutura estruturante ou uma gramática geradora das práticas (Bourdieu, 1972; Perrenoud, 2001) que são o que permite fazer face a diversas situações quotidianas, com pequenas modificações. São esquemas de trabalho que admitem adaptar, somente de forma marginal, a sua ação às características de cada situação corrente, não inovando a não ser para considerar o que cada situação contém de singular.

As características do *habitus*, o quase automatismo, e a natureza de alguns comportamentos são baseadas na conduta profissional, perceção e apreciação adquiridas pela experiência e pela socialização decorrente do processo de treino no PCCD, isto é, o acompanhamento das mais velhas e a partilha, nas reuniões de equipa, dos acontecimentos vividos na prática de cuidados. O Ciclo Informação-Ação estabelece um processo de crescimento ao adicionar conhecimento e mais experiência ao processo cuidativo diário.

O conhecimento constitui um elemento fundamental na definição e operacionalização de uma profissão (Higgs & Titchen, 2000). O conhecimento prático do enfermeiro abarca o conhecimento formal académico, o conhecimento prático, oriundo do terreno de intervenção (Ward, 1995), e aquele proveniente da formação contínua e da partilha entre equipa. O conhecimento constitui a base da decisão, incorporando a avaliação da necessidade de cuidados e inclui compreender as respostas à doença, reconhecer as intervenções terapêuticas, identificar as capacidades da pessoa e hábitos de vida, conhecer o cuidador, identificar o que necessita ser feito e o que pode ocorrer no futuro, e identificar os recursos comunitários (Kennedy, 2002; Kennedy, 2004; Speed & Luker, 2004).

O conhecimento mobilizado pode ser enquadrado no Padrão de Conhecimento em Enfermagem. Este conceito foi introduzido por Carper em 1978 e tem sido objeto de referência e adaptação por diversos autores (Chinn & Kramer, 2004; Kennedy, 2004; O'Neill, 1997; Speed & Luker, 2004; White, 1995). Assim, são identificáveis os padrões de conhecimento em enfermagem empírico, estético, ético, pessoal (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2004; White, 1995) e sociopolítico (White, 1995).

O conhecimento empírico forma a base científica da profissão. É um padrão factual, descritivo, procura desenvolver explicações abstratas e teóricas, é discursivamente formulado e publicamente verificável (Carper, 1978). Os enfermeiros utilizam este conhecimento como base para a prática de cuidados sem que, no discurso, este conhecimento seja identificado como singular da disciplina: por exemplo, o conceito de saúde num *continuum* (mais do que a ausência de doença) é valorizado sem que seja identificado, pelas próprias, como inerente aos princípios científicos da profissão. O mesmo ocorre com os conceitos de pessoa, de cliente dos cuidados ou de enfermeiro, objetos de verbalização, que dificilmente são mencionados como componente do quadro profissional. Pelo contrário, é com facilidade que identificam aspetos inerentes a disciplinas como a psicologia, patologia ou semelhantes.

O padrão estético envolve o conhecimento intuitivo, particular, empático, imaginativo e não dedutivo; torna-se visível através da ação desenvolvida para providenciar o que a pessoa necessita para restaurar ou ampliar a sua habilidade para lidar com as necessidades inerentes à sua condição, determinando uma transformação ativa do comportamento da pessoa (Carper, 1978), aqui expresso nas alterações que as famílias, voluntariamente, introduzem nos seus comportamentos com o apoio dos enfermeiros.

O padrão de conhecimento ético fornece os princípios para a compreensão do que deve ser feito, o que é o bem ou a melhor intervenção, qual o curso de ação mais responsável (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2004). O padrão de conhecimento pessoal envolve a perceção sobre si, conhecer, perceber e actualizar o eu e o reconhecimento do mesmo processo nos outros. Implica um profundo nível de consciência do *self*, considerando o fenómeno contextual que interfere com a interação humana (Carper 1978; Chinn & Kramer, 2004).

O padrão de conhecimento sociopolítico foi acrescentado por White (1995) e diz respeito ao conhecimento das variáveis contextuais, sugerindo a necessidade de mobilizar, na prática, conhecimento relacionado com fatores políticos, culturais, históricos, económicos, geográficos, sociais (White, 1995), implicando crítica informada, considerando de justiça social, inclusão e exclusão, isto é, o conhecimento que apoia o enfermeiro a agir enquanto pessoa e cidadã, inserida numa realidade social.

A habilidade para utilizar formas de conhecimentos múltiplas de uma forma ininterrupta no sentido de providenciar cuidados adequados está implícita nas competências, incluindo a avaliação e a observação que permitem atender a elementos de comunicação não verbal e agir fora das convenções ou prática normalizadas. As competências e o conhecimento da pessoa de que o enfermeiro dispõe poderão ser o esteio para comportamentos de transgressão controlada e para se movimentar, com segurança, nas áreas invisíveis do papel.

A chave para um programa terapêutico efetivo deve focar-se na pessoa, integrando as suas expectativas e necessidades (Lee, Twinn, & Moore, 2008), e, igualmente, deve mobilizar a escuta, a expressão dos afetos, a participação na aliança terapêutica, o estatuto de poder, o que, neste contexto, adquire consistência através da negociação dos papéis do enfermeiro e da cuidadora, no processo de partilha de significados e no reconhecimento da importância das crenças de saúde da pessoa/família.

2.3 Encontro de Alteridades

O cuidado constrói-se na interação entre dois ou mais intervenientes: o enfermeiro e a pessoa cuidada. Implica relação. A relação que se estabelece não é sistematicamente igual, assume contornos peculiares, potencializados pelas características dos cuidados domiciliários. Se é um facto que não nos relacionamos da mesma forma com todas as pessoas, no âmbito profissional é possível estabelecer normas de procedimento que mitigam a individualidade de cada um no domínio da relação profissional. Mas o contexto é decisivo: os cuidados ocorrem no espaço da pessoa cuidada e compete à família/cuidador assumir os cuidados quando o enfermeiro não está presente e aceitar o enfermeiro como cuidadora, com as implicações que tal aceitação determina (aceitar a intrusão de um profissional de saúde, das indicações, da partilha do cuidado). Surge, assim, a importância do encontro.

Para Buber (2002, p. 259), todo o verdadeiro viver é encontro e “o entre constitui a realidade ontológica”. Entretanto, a experiência do lugar do outro não pode ser mútua sem destruir a relação ou convertê-la em amizade: o enfermeiro procura ser empático com a pessoa e não o contrário. É uma atitude profissional mas genuína. O encontro do outro é a forma peculiar da relação que se estabelece e, como toda a relação, constitui “a mais fugidia de todas as realidades e a mais importante para o ser humano” (Thomasma, 1994, p. 94). Esta forma de ser e procurar o outro foi denominada de Encontro.

O Encontro é a estratégia que agrega a conciliação dos papéis e a práxis crítica. É um acontecimento enquanto experiência humana subjetiva aberto a múltiplas realidades. O encontro é um processo contínuo que pode ser apreendido e desenvolvido, no contexto da experiência vivida. Envolve compromisso moral, disponibilidade, responsabilidade para ouvir e aprender com o outro, não invadir o território da pessoa, respeitar o próprio espaço e o do outro (Walsh, 1997). Estas condições são suportadas por virtudes como respeito, compaixão, honestidade intelectual, disponibilidade, empatia, altruísmo e cuidado.

Cada acontecimento relacional é imbuído de um significado pessoal baseado na interpretação atribuída pelas pessoas envolvidas. Cada encontro é único, trabalhado, significativo, próximo da conceção de enfermagem de Roach (1997), que considerava cuidar de alguém um modo humano de ser e a enfermagem a profissionalização desta capacidade, alicerçada na teoria, investigação e competências clínicas. Identificando a ontologia do cuidado com o que o enfermeiro incorpora e vive na sua prática, no processo cuidativo são essenciais a compaixão (a habilidade de se relacionar com o outro e de apreciar a experiência deste), a competência (que inclui o conhecimento e a compreensão necessários), a confiança (que assegura à pessoa que será cuidada), a consciência (o comportamento ético reflexivo da prática de enfermagem) e o compromisso (a habilidade de viver as práticas de enfermagem) (Roach, 1997).

O primeiro encontro toma a forma de um compromisso moral (Sjöstedt, Dahlstrand, Severinsson, & Lützén, 2001). Na primeira deslocação, ocorre confronto, conhecimento e o primeiro posicionamento de cada ator no processo: o enfermeiro assume um compromisso e solicita que a pessoa/família o assuma também. O conhecimento, devolvido ao utente, ser único e pessoa completa, auxilia o enfermeiro a encorajá-lo a estabelecer a relação.

Emanuel Lévinas (1906-1995) apresenta uma das suas conceções basilares, a alteridade, isto é, colocar o outro no lugar do ser. Nesta visão, o outro não é um objeto para um sujeito, logo, em vez de se agir perante o outro da forma como gostaria que agissem perante si, é a descoberta do outro que determina a conduta adequada. Para Lévinas (2004),

Nossa relação com ele (outrem) consiste certamente em querer compreendê-lo, mas esta relação excede a compreensão. Não só porque o conhecimento de outrem exige, além da curiosidade, também simpatia ou amor, maneiras de ser distintas da contemplação impassível, mas também porque ... ele é ente e conta como tal (p. 26).

O mesmo autor acrescenta que o encontro com Outrem é, imediatamente, “minha responsabilidade por ele” (Lévinas, 2004, p. 143). Ao assumir responsabilidade pelo outro (pessoa/família) o enfermeiro mobiliza comportamentos e virtudes.

No encontro, coexiste a vontade de ouvir o outro e o implícito no que é dito (e na omissão), daí a importância de o enfermeiro expressar empatia e de a pessoa experienciar a empatia do profissional (Burnard, 2005). A empatia está presente na relação e constitui o alicerce para a partilha de uma finalidade; é a captação, pela sensibilidade, dos sentimentos e emoções de alguém, a tendência que a pessoa sente, em si, de se *adentrar* no sentimento com o qual toma contacto (em=dentro e pathos=sentimento) (Moreno, 1974). A empatia pode ajudar o enfermeiro a perceber a dor e o sofrimento da pessoa de quem cuida, e a devolver-lhe a compreensão (Bailhe, 1996; Burnard, 2005), ao escolher uma forma de estar com outra pessoa que permite entrar no mundo privado do outro (Rogers, 1995).

Próxima da empatia, surge a compaixão. Se a primeira é perceber o mundo do outro, a compaixão é a capacidade de participar no sofrimento dos outros que predispõe a tomada de ação (Burnell, 2009; Comte-Sponville, 1995). Pressupõe a identificação do sofrimento e a ausência de valorização na identificação: é o sofrimento da pessoa que, independentemente da sua origem, é respeitado e abonado como genuíno. É um sentimento *horizontal* porque só tem sentido entre iguais (Comte-Sponville, 1995), não existindo compaixão sem respeito pela pessoa, sendo, então, uma virtude essencial na relação enfermeira e utente, ao permitir que aquela apreenda o sofrimento deste e adopte intervenções de conforto orientadas para a pessoa, capazes de responder às necessidades (Burnell, 2009; Halldórsdóttir & Hamrim, 1997; Pellegrino & Thomasma, 1993; Roach, 1997; Zhang, MPhil, Arthur, & Wong, 2001).

Uma atitude do enfermeiro, necessária para o encontro, é a congruência, ou seja, a genuinidade do comportamento que permite ao outro saber onde se encontra emocionalmente e que significa ser capaz de se exprimir, de forma honesta, e de escutar empaticamente com curiosidade (Burnard, 2005; Rogers, 1995). A congruência por parte do enfermeiro (ao determinar a manifestação do que sente, salvaguardando os limites sociais e profissionais) pode ser a forma que a pessoa/família necessita para a demonstração de sentimentos de frustração, raiva, receio, esperança que encontram eco no profissional. A congruência espelha o desejo genuíno de cooperação e ajuda a perspetivar a pessoa como o centro do cuidado, promovendo a confiança no enfermeiro e na sua competência.

A simplicidade é outra virtude (Comte-Sponville, 1995) que o enfermeiro mobiliza e que envolve a valorização e implementação de atos que, para o utente, parecem representar a fronteira entre o ser considerado um diagnóstico ou uma pessoa com dignidade. Arman e Rehnsfeldt (2007) denominam estes comportamentos de *extras*, eu optei pela designação de Simplicidade. Um extra é algo que pode ser acessório e, na prática de cuidados, as intervenções identificadas não são acessórias e sim inerentes ao cuidado, sendo necessárias a sensibilidade e a intuição. São gestos que se confundem com o cuidado

familiar: cantar os parabéns a uma idosa e partilhar uma fatia de bolo; remover embalagens vazias de medicamentos e verificar quais estão em falta; solicitar ao presidente da junta de freguesia transporte para uma idosa; e prestar cuidados de higiene e conforto a um idoso cuja cuidadora não está em situação de saúde para os realizar. É o sorriso especial, passar em casa de uma família no trajeto para a sua casa, após o final das atividades profissionais, para saber se a situação identificada foi resolvida.

Não são funções que competem ao enfermeiro mas são os gestos simples que apoiam a reconstrução da dignidade da pessoa, a certeza de que o enfermeiro a vê como pessoa e não como um diagnóstico, transitando do desempenho de um papel para um ser humano cuidando de outro ser humano. Não são extras mas componentes essenciais do cuidado ético.

Na sociedade ocidental, atitudes como afeto, cuidado, interesse, respeito não são vistas como *adequadas* no processo de relação profissional que se estabelece entre uma pessoa e um *cliente* dos cuidados (Rice, 2006; Rogers, 1995; Spiers, 2002), sendo comum a referência ao receio de manifestar aquelas atitudes. Rogers (1995) explica a exclusão destas como o medo de serem *enredados numa ratoeira*, isto é, conducentes a exigências ou ao desapontamento perante as atitudes do outro. A reação é a construção de distanciamento, uma atitude profissional, uma relação impessoal (Rogers 1995), ou o que Peplau (1990) denominava de *atitude diligente do enfermeiro*, a qual a distanciava da pessoa. É a afetividade a qualidade que maior peso tem no encontro e o elemento que destina que seja uma experiência que promove o desenvolvimento do enfermeiro e da pessoa/família.

No encontro, enfermeira e pessoa mobilizam emoções variadas e ocorre, comumente, a expressão de afetos [súmula de sentimentos e emoções, no entender de Damásio (2004)]. Os afetos conectam as pessoas entre si, e a partilha da afetividade pressupõe ser-se genuíno e acreditar na genuinidade do outro. Em cuidados de saúde, dada a vulnerabilidade de uma das partes, estes afetos implicam confiança “esta sempre mencionada mas de alguma forma misteriosa entidade que na última década atraiu tanta atenção da parte dos economistas teóricos” (Gui, 2004, p. 6).

Neste contexto, o enfermeiro refere o espaço para a vivência da afetividade como um elemento diferenciador da experiência no hospital. Os afetos constituem um princípio integrante da dimensão humana, estão presentes nos processos de interação, mesmo no âmbito profissional, e é a possibilidade de manifestarem afeto que se elege como um dos elementos essenciais do *gostar de ser enfermeira em cuidados domiciliários*.

A relação entre o enfermeiro e o doente pode ser descrita como fiduciária na sua natureza (Raeve, 2002), ou seja, baseada na confiança. A confiança é fundamental nas relações em cuidados de saúde e todas as pessoas que trabalham nesta área

devem ser confiantes para garantir o título. No entanto, outros têm uma perspectiva mais cética. Para eles, a relação cliente profissional de saúde pode convidar à confiança de uma forma desonesta e sem confiabilidade. Hochschild (1983) sugere que, nos encontros profissionais interpessoais, as pessoas envolvem-se no manuseio das suas emoções, o que denomina de trabalho emocional. A motivação do enfermeiro para tentar suprimir ou alterar uma resposta emocional aos doentes pode ser, em parte, a necessidade de agir em conformidade com as exigências da profissão e as expectativas institucionais.

Contudo, o enfermeiro responde às necessidades de pessoas vulneráveis, por vezes assustadas, e que são, total ou parcialmente, dependentes dos seus cuidados, logo, a sua preocupação pode ser genuína (Bolton, 2000, 2005).

Enfermagem envolve “um modo de ser e um fazer qualquer coisa” (Paterson & Zderad, 1976). Ambos estão interligados tornando difícil falar de um sem o outro: a prática competente do enfermeiro torna-se *colorida* pela individualidade, expressa na forma de estar e ser. Nesse sentido, *estar com* requer centrar a atenção na pessoa, estar dela consciente e aberto ao agora e aqui da situação partilhada. Implica a comunicação da disponibilidade e a presença consistente e consistentemente apreendida pela pessoa/família, de tal forma que, por vezes, basta para a pessoa a presença do enfermeiro (Paterson & Zderad, 1976; Roach, 1997).

O encontro é, então, o campo para o desenvolvimento do cuidado: através da conciliação dos papéis, o enfermeiro corresponde às necessidades e, adotando a práxis crítica, ergue a *obra* para a qual é mandatada e competente. Encontro significa o momento em que enfermeira e cliente iniciam uma relação cuidativa marcada por atitudes, comportamentos e virtudes (identificadas no contexto em estudo), as quais constituem a singularidade que o enfermeiro e a pessoa recriam para que o cuidado aconteça, numa expectativa de respeito mútuo. No respeito que se tem pela pessoa cuidada cimenta-se o fazer enfermagem que corresponde às necessidades de cuidados:

O termo respeito ... a reciprocidade deste respeito não é uma relação indiferente ... e que ela não é o resultado, mas a condição da ética. ... Respeitar não pode significar sujeitar-se ... eu sou comandado, quer dizer, reconhecido como capaz de uma obra. Respeitar não é inclinar-se diante da lei mas diante de um ser que me ordena uma obra (Lévinas, 2004, pp. 61-62).

Assim, o cuidado acontece no processo de interação pessoa/família e enfermeiro. Este recria o seu papel de forma a corresponder às expectativas dos intervenientes no processo de cuidados e às suas próprias expectativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The "Little Extra" That Alleviates Suffering. *Nurs Ethics*, 14(3), 373-386.
- Bailhe, L. (1996). A phenomenological study of the nature of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1300-1308. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb01038.x
- Blumer, H. (1956). Sociological analysis and the "Variable". *American Sociological Review*, 21(6), 683-690.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective e method*. Berkely, CA: University of Califórnia Press.
- Bolton, S. C. (2000). Emotion here, emotion there, emotional organizations everywhere. *Critical Perspectives on Accounting*, 11(2), 155-171. doi: 10.1006/cpac.1998.0236
- Bolton, S. C. (2005). "Making up" managers: The case of NHS nurses. *Work, employment and society*, 19(1), 5-23. doi: 10.1177/0950017005051278
- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève: Lib. Droz
- Brazil, K., Howell, D., Bedard, M., Krueger, P., & Heidebrecht, C. (2005). Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill. *Palliative Medicine*, 19(6), 492-499. doi: 10.1191/0269216305pm1050oa
- Buber, M. (2002). *Between man and man*. London, England: Routledge.
- Burnard, P. (2005). *Counselling skills for health professionals*. Cheltenham, England: Nelson Thornes.
- Burnell, L. (2009). Compassionate Care: A Concept Analysis. *Home Health Care Management & Practice*, 27(5), 319-324.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Case, C. K., & Seigal, N. S. (1996). A community-based long-term care alternative: A case study. *Home Health Care Management Practice*, 8(2), 59-64. doi: 10.1177/108482239600800214
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge development in nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Comte-Sponville, A. (1995). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Damásio, A. (2004). *Ao encontro de Espinosa* (6ª ed.). Mem Martins, Portugal: Publicações Europa América.
- Decreto-Lei nº 161/1996 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 205 – I Série-A*. Ministério da saúde. Lisboa, Portugal.
- Dejoux, C. (1996). Organisation qualifiante et maturité en gestion des compétences. *La Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion*, 158, 61-74. doi: 10.1051/larsg:1996016
- DePalma, J. (2006). Rehabilitation therapy services in home care: Evidence. *Home Health Care Management Practice*, 19(1), 61-62. doi: 10.1177/1084822306292223
- Dicicco-Bloom, B., & Cohen, D. (2003). Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(1), 25-31. doi: 10.1177/1043659602238347

- Duarte, S. (2007). O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: Revisão sistemática da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 11-23.
- Duarte, S., & Costa, M. A. (2009). Cuidados continuados domiciliários: Uma mais valia na construção do bem-estar da pessoa (utente/enfermeiro/família). Porto. ESEP, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida: 229-238
- Eddy, C., Reinhart, S., & Warren, D. R. (2005). Preparing for community health nursing roles utilizing diverse community clinical experiences. *Home Health Care Management and Practice*, 18(1), 10-14. doi: 10.1177/1084822305279888
- Fagerli, R. A. A., Lien, M. E., Botten, G. S., & Wandel, M. (2005). Role dilemmas among health workers in cross-cultural patient encounters around dietary advice. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 360-369. doi: 10.1080/14034940510005888
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M.-L., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship: Nurse's perspective. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3-10. doi: 10.1016/S1078-3903(00)90002-8
- Freire, P. (1983). *Extensão ou comunicação?*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Jersey: Aldine Transaction.
- Goodling, S. M. (2003). Transition from academia to home health practice. *Home Health Care Management & Practice*, 16(1), 17-24. doi: 10.1177/1084822303260198
- Gui, B. (2004). Exchanges? Encounters! A note on economics and interpersonal relations. *Group Analysis*, 37(1), 5-15. doi: 10.1177/0533316404040991
- Halldórsdóttir, S., & Hamrim, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128. doi: 10.1097/00002820-199704000-00007
- Herleman, L. (2008). Home care primary nurse case management model. *Home Health Care Management Practice*, 20(3), 235-244. doi: 10.1177/1084822307308967
- Higgs, J., & Bithel, C. (2005). Professional expertise. In J. Higgs & A. Titchen (Eds.), *Practice knowledge & expertise in the health professions* (pp. 59-68). Oxford, England: Butterworth Heinemann.
- Higgs, J. & Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus, & N. Christensen (3ªEds), *Clinical Reasoning in the Health Professions* (pp. 3-18). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Higgs, J. & Titchen, A. (2000). Knowledge and reasoning. In J. Higgs & M. Jones (2ªEds), *Clinical Reasoning in the Health profession* (pp. 23-32). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hochschild, a. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Kane, R. A. (1999). Goals of home care: Therapeutic, compensatory, either or both? *Journal of Aging and Health*, 11(3), 299-231 .
- Kennedy, C. (2002). The work of district nurses: first assessment visits. *Journal Of Advanced Nursing*, 40(6), 710-720.
- Kennedy, C. (2004). A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 401-409. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02923.x
- LeBoterf, G. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris, France: Les Éditions d'Organisation.
- LeBoterf, G. (2005, Junho). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-64.
- Lee, E., Twinn, S., & Moore, A. P. (2008). Clinical encounter experiences of patients with nasopharyngeal carcinoma. *Integrative Cancer Therapies*, 7(1), 24-32. doi: 10.1177/1534735407313448
- Lemke, J. L. (1995). *Textual politics: Discourse social dynamics*. London, England: Taylor Francis.
- Lemonidou, C., Papathanassoglou, E., Giannakopoulou, M., Patiraki, E., & Papadatou, D. (2004). Moral professional personhood: Ethical reflections during inicial clinical encounters in nursing education. *Nursing Ethics*, 11(2), 122-137. doi: 10.1191/0969733004ne678oa
- Lévinas, E. (2004). *Entre nós: Ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Mapanga, K. G., & Mapanga, M. B. (2004). A community health nursing perspective of home health care management and practice. *Home Health Care Management & Practice*, 16(4), 271-279. doi: 10.1177/1084822303252416
- Miller, J. F. (2006). Opportunities and obstacles for good work in nursing. *Nursing Ethics*, 13(5), 471-487. doi: 10.1191/0969733006nej894oa
- Moreno, J.L. (1974). *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. São Paulo. Editora Mestre Jou.
- Muir-Cochrane, E. (2000). The context of care: Issues of power and control between patients and community mental health nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 6(6), 292-299. doi: 10.1046/j.1440-172x.2000.00219.x
- Negarandeh, R., Oskouie, F., Ahmadi, F., & Nikraves, M. (2008). The meaning of patient advocacy for Iranian Nurses. *Nursing Ethics*, 15(4), 457-467. doi: 10.1177/0969733008090517
- Newman, M. (2000). *Health as expanding consciousness*. New York, NY: Jones & Bartlett Publishers.
- Nogueira, J. M. A. (2009). *Cuidados continuados: Desafios*. Recuperado de http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/cuidados_continuados_desafios_final.pdf
- O'Connor, T., & Kelly, B. (2005). Bridging the gap: A study of general nurses' perception of patient advocacy in Ireland. *Nursing Ethics*, 12(5), 453-467. doi: 10.1191/0969733005ne814oa
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros: Consentimento informado para intervenções de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 25, 11-18.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa. Portugal. Ordem dos Enfermeiros.

- O'Neill, E. (1997). Home Care Nurses' Inferences and Decisions. *Applied Nursing Research*, 10(1), 33-38.
- O'Reilly, P. (1993). *Barriers to effective clinical decision making in nursing*. Recuperado de <http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1993/a04.html>
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976). *Humanistic nursing*. New York, NY: Wiley Publications.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Penney, W., & Warelow, P. J. (1999). Understanding the prattle of praxis. *Nursing Inquiry*, 6(4), 259-268. doi: 10.1046/j.1440-1800.1999.00017.x
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona, España: Salvat Editores.
- Perrenoud, P. (2001). Le travail sur l'habitus dans la formation des enseignants: Analyse des pratiques et prise de conscience. In L. Paquay, M. Altet, E. Charlier, & P. Perrenoud (Dir.), *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies? Quelles compétences?* (pp. 181-208). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Pesznecker, B. L., Patsdaughter, C., Moody, K. A., & Albert, M. (1990). Medication regimens and the homecare client: A challenge for health care providers. *Home Health Care Services Quarterly*, 11(1-2), 9-68.
- Peters, E., & Slovic, P. (2000). The springs of action: Affective and analytical information processing in choice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(12), 1465-1475. doi: 10.1177/01461672002612002
- Raeve, L. (2002). The modification of emotional responses: A problem for trust in nurse-patient relationships? *Nursing Ethics*, 9(5), 465-471. doi: 10.1191/0969733002ne536oa
- Rice, R. (2006). *Home care nursing practice: Concepts and application*. Philadelphia, PA: Mosby.
- Ritchie, L. (2001). Empowerment and Australian community health nurses' work with aboriginal clients: The sociopolitical context. *Qualitative Health Research*, 11(2), 190-205. doi: 10.1177/104973201129119046
- Roach, M. S. (1997). *Caring from the heart*. Nova Scotia, Canada: Paulist Press.
- Rogers, C. (1995). *A way of being*. New York, NY: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. (1995). *On becoming person*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rogers, C. (1997). The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In M. Thorpe, R. Edwards & A. Hanson (Orgs.), *Culture and processes of adult learning* (pp. 228-242). New York, NY: Routledge.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Michigan, MI: Basic Books.
- Silva-Smith, A. L. (2007). Restructuring life: Preparing for and beginning a new caregiving role. *Journal of Family Nursing*, 13(1), 99-116. doi: 10.1177/1074840706297425
- Sjöstedt, E., Dahlstrand, A., Severinsson, E., & Lützén, K. (2001). The first nurse-patient encounter in a psychiatric setting: discovering a moral commitment in nursing. *Nursing Ethics*, 8(4), 313-327.
- Speed, S., & Luker, K. A. (2004). Changes in patterns of knowing the patient: The case of British district nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41(8), 921-931.

- Spiers, J. (2002). The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1033-1057. doi: 10.1177/104973202129120430
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research*. London, England: Sage.
- Tapp, D. M. (2000). The ethics of relational stance in family nursing: Resisting the view of "Nurse as Experts". *Journal of Family Nursing*, 6(1), 69-91. doi: 10.1177/107484070000600105
- Thomasma, D. C. (1994). Toward a new medical ethics. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology* (pp. 85-97). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Turner, R. H. (2005). Role taking: Process versus conformity. In D. Brissett, & C. Edgley (Eds.), *Life as a theater* (pp. 85-100). New Jersey, NJ: Aldine Transaction.
- Unidade de Missão para os Cuidados de Continuados Integrados. (2007a). *Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados*. Recuperado de <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados de Continuados Integrados. (2007b). *Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados*. Recuperado de http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI_Orientacoes_20Março20073.pdf
- Unidade de Missão para os Cuidados de Continuados Integrados. (2007c). *Desafios estratégicos para o desenvolvimento de unidades da RNCCI nos Hospitais do SNS*. Recuperado de http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/DESAFIOS_Estrategicos_26Março0508.pdf
- Unidade de Missão para os Cuidados de Continuados Integrados. (2008). *Relatório de monitorização do desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados*. Recuperado de <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>
- Vivian, B., & Wilcox, J. (2000). Compliance communication in home health care: A mutually reciprocal process. *Qualitative Health Research*, 10(1), 103-116. doi: 10.1177/104973200129118273
- Walsh, K. (1997). Encounters, endings and temporality in Psychiatric nursing. *J Adv Nurs.*, 25, 485-491.
- Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses'and patients'perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 143-151. doi: 10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x
- Ward, C. R. (1995). An evolutionary approach to the discipline of nursing and nursing administration. In A. Omery, C. E. Kasper, & G. G. Page (Eds.), *In search of nursing science* (pp. 81-92). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Xiaoyan, B., & Jezewski, M. A.(2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x
- Zhang, Z. X., MPhil, W. L., Arthur, D., & Wong, T. (2001). Nursing competencies: Personal characteristics contributing to effective nursing performance. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 467-474. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01688.x

CAPÍTULO V

ATIVIDADE MOTORA DA PESSOA IDOSA APÓS AVC: DESAFIOS E CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM

ALBERTO JOSÉ BARATA GONÇALVES CAVALEIRO

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é considerado como um processo dinâmico, fazendo parte do desenvolvimento normal da pessoa. A melhoria das condições gerais de vida associadas aos avanços nas ciências da saúde tem levado a um aumento da esperança de vida da população.

O envelhecimento populacional é, actualmente, um eminente fenómeno social, contínuo a nível global tornando-se assim num indispensável desafio à sociedade, pela relevância dos dados sociodemográficos conhecidos, pelas implicações socioeconómicas e pelos problemas de saúde (alguns novos, outros de continuidade) que os acompanham.

A condição de saúde acidente vascular cerebral (AVC), não sendo exclusiva da terceira idade, assume uma maior prevalência neste grupo etário, colocando, assim, desafios particulares aos quais os prestadores de cuidados informais e formais têm e terão de otimizar as respostas.

O AVC poderá ser considerado uma síndrome neurológica, localizada numa área do encéfalo, em virtude de nos depararmos com uma complexidade de sintomas de deficiência neurológica.

A crescente proporção de população idosa, quer a nível europeu, quer a nível nacional, leva-nos a antever que esta síndrome neurológica, seja a responsável pelo aumento do número de pessoas idosas investidas da mesma. Independentemente da variação dos dados epidemiológicos, torna-se assim, a condição vascular cerebral reconhecidamente importante, em termos de saúde pública, com especial relevo em Portugal.

A transição num *continuum* saúde/doença constitui-se como uma experiência desagradável e, com frequência, incómoda para a maioria das pessoas. As suas apreensões e ansiedades

alteram-se fundamentalmente, incidindo sobre a condição de saúde e o efeito que ela possa representar nas suas atividades diárias, no seu trabalho e na vida da sua família. Significa, assim, que o processo de envelhecimento não poderá ser encarado como uma incompetência comportamental, muitas vezes secundado por estereótipos socialmente edificadas. O que acontece é que este processo poderá por vezes ser acompanhado por acometimento de uma qualquer condição de saúde, podendo apresentar reflexos na identidade da pessoa idosa, perspectivando assim, a dicotomização entre envelhecimento normal (senescência - primário) e o envelhecimento patológico (senilidade - secundário).

Neste sentido, o envelhecimento da população, torna-se cada vez mais uma preocupação crescente, pois a população de pessoas idosas aumentou consideravelmente nos últimos anos, apontando para que as pessoas idosas que sejam acometidas de AVC, futuramente, sejam abordadas de maneira diferente, fundamentalmente uma prática focalizada no *cuidar* pelos profissionais de saúde.

Para as pessoas idosas a vivenciarem um processo após AVC, o restabelecimento da autonomia e da independência constituem o principal objectivo, já que muitas se encontram numa situação de dependência no que respeita, por exemplo, à sua mobilidade (atividade motora).

Paúl (2005) afirma que “A percepção da doença e das capacidades de cada um, ou seja, a auto-avaliação, que o sujeito faz da sua condição de saúde, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos” (p. 38).

Partindo da avaliação da atividade motora (avaliação diagnóstica), poder-se-ão depreender implicações e alterações a partir das modificações identificadas (acção diagnóstica) na pessoa idosa após AVC, tornando-se imprescindível uma melhor avaliação, face às acções terapêuticas, a que as pessoas são submetidas. Actualmente deveremos estar despertos não só para a ausência de risco decorrentes de determinadas intervenções, mas, fundamentalmente, direccionados para a efectividade da sua avaliação.

Stuck et al., (1993) citados por Botelho (2005, p. 113) afirmam que “A avaliação da funcionalidade tem como objectivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades”. A mesma autora conclui que “Uma atitude activa, a nível pessoal e de grupo de trabalho, conducente à implementação de uma avaliação habitual da funcionalidade dos idosos, poderá fazer a diferença para uma melhor preparação no acompanhamento preventivo e de reabilitação dos indivíduos à medida que envelhecem” (p. 131).

Com a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI pretendeu-se otimizar as respostas de saúde e de apoio social, promovendo a edificação de unidades e equipas de cuidados, sustentadas em parcerias públicas, sociais e privadas,

com vista à continuidade de cuidados, tendo como foco a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência (com perda da sua funcionalidade), obter com a promoção da autonomia, restabelecimento sempre que possível e adaptação à incapacidade, perspetivando a manutenção ou melhoria da qualidade de vida, através do apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequado à respetiva situação (Artigo 4º, alínea C do Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de Junho, 2006), com o propósito da maximização possível da autonomia e da participação dos destinatários.

Consideramos assim que ao promover os Cuidados de Enfermagem com essa missão e direcionalidade, as ações terapêuticas desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação com a pessoa idosa após AVC, que se encontram a experienciar um percurso de reabilitação nos cuidados continuados em enfermagem, apontam para a compreensão do significado de viver a experiência do processo de envelhecimento após a condição de saúde-AVC, conhecer os mecanismos, que afectam o ajustamento e o bem-estar por um lado e perspetivar estes, como momentos de oportunidade no acionar de recursos pessoais, sendo importante para a promoção máxima de independência possível, de acordo com o potencial motor e cognitivo de cada indivíduo e que, para que isso possa acontecer, será necessário atender aos conhecimentos, atitudes, valores e competências psicomotoras da pessoa idosa, garantido a sua inserção social na família e comunidade, responsável pelo sentimento de bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nas argumentações mais atuais, as desvinculações entre corpo e psiquismo, ou entre organismo e pensamento/emoção são artificiais e esboçam apenas alguma utilidade metodológica. Quer nos debrucemos sobre a corporalidade, quer nos contenhemos na reflexão sobre configurações psicológicas da pessoa, sempre teremos que o seu *ser* é imperfeito na relação com o mundo. A existência humana é um processo perseverante de trocas com o meio ambiente (Morais, 2006).

O mesmo autor entende que se do Ser da pessoa focalizarmos em primeira instância o seu corpo, de imediato constatamos que a dimensão ôntica deste, a que o faz ser em si mesmo, no que é e como é. Este abstraído da dinâmica relacional. Poderemos reconhecer que os corpos são constituídos para o movimento e para as relações significativas, levando-nos a uma reflexão quanto às capacidades e incapacidades do corpo relativamente ao mundo no qual se situa (eficiência/constrangimento).

Verdadeiramente, a estrutura motora não pode ser separada da estrutura psíquica, e esta não pode ser dissociável do mundo exterior, da realidade, da organização ou do

conjunto de estímulos em presença, isto é, do planeamento sensorial e mental que lhe é intimamente inerente. O psíquico e motor não são uma inferência linear um do outro, são complementares, interdependentes e dialéticos, da mesma integridade sistémica, encarando o corpo e a motricidade como constituintes fundamentais da estrutura psicológica do Eu, na medida em que é na ação que o mesmo toma consciência de si próprio e do mundo (Fonseca, 2001).

Rodrigues (2006) entende que quando se designa uma atividade como motora, estamos a direcionar o foco para o empenho de uma pessoa numa dada atividade com um predomínio motor e com um fim concreto, traduzindo-se essa atividade na mediação entre o sujeito e o envolvimento. O mesmo autor, sustentado na perspetiva de Leontiev, entende ser esta bem distinta, e advoga que a atividade não é centrada no indivíduo, mas é um meio de transação, de interação entre a pessoa e o mundo que a rodeia, entendendo que a expressão *Atividade Motora* emergja como a mais adequada, na qual a conceção, que o Motor é a *expressão motora de um comportamento*, tendo esse comportamento influências múltiplas e diversificadas, exprimindo-se de maneira unificada através de uma ação motora e que ao representar um ato como uma *Atividade Motora*, assume-se que a pessoa na sua singularidade como um ser complexo, a ação, que dela observamos, é a expressão dessa complexidade.

A atividade motora é de inegável importância no desenvolvimento global da pessoa, considerada como a interação de diversas funções motoras, pela qual desenvolve a consciência de si e do mundo exterior, logo as competências de desempenho contribuem para a consecução da sua independência, na sua vida do quotidiano e no seu ajustamento social. Quando tal se verifica, munida esta das suas potencialidades, ao movimentar-se, permite-lhe descobrir o mundo e consequentemente será uma pessoa feliz e adaptada ao contexto em que está inserida.

Face à diversidade e importância das interações entre os sistemas essenciais, nesta situação a complexidade é crescente, quando pessoas idosas apresentam alterações na sua funcionalidade em virtude da presença das alterações fisiológicas relativas ao processo de envelhecimento podem ser exacerbadas pelas manifestações clínicas relativas à condição de saúde-AVC.

O movimento encerra em si mesmo a sua verdade, tem sempre uma direção significativa em função da satisfação das necessidades, que o meio envolvente propicia.

O movimento revela-se um elemento importante na capacidade de uma pessoa interagir com o ambiente e fazer o seu ajustamento, propicia, sendo dinâmico, transformações da sua capacidade com o desenvolvimento, a condição de saúde e outras diversas dimensões, apresentando este de um ponto de vista Holístico (plural) parâmetros físicos, cognitivos, sociais, espaciais, temporais e ambientais, traduzindo-se assim, a sua funcionalidade através

do desempenho das Atividades de Vida Diária - AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD, como medidas que incorporam o ambiente, competência comportamental, interação social para além das ações físicas (Hoeman, Lyszner, & Alverzo, 2011).

O AVC poderá ser considerado uma síndrome neurológica, localizada numa área do encéfalo, em virtude de nos depararmos com uma complexidade de sintomas de deficiência neurológica.

A condição de saúde-AVC, não sendo exclusiva da terceira idade, assume uma maior prevalência neste grupo etário, colocando, assim, desafios particulares a que os prestadores de cuidados informais e formais têm de dar resposta.

As pessoas acometidas pela condição de saúde-AVC apresentam invariavelmente constrangimentos ao nível da sua funcionalidade, podendo apresentar alterações ao nível das reações de equilíbrio, repercutindo-se estas pela instabilidade e assimetria em várias posições, quer relativamente à transferência de peso para o lado acometido, quer às dificuldades no recrutamento muscular e ao aumento de instabilidade postural, consequentemente dificuldade de manter uma postura adequada, já que na pessoa hemiparética, o centro de gravidade desloca-se e altera a base de sustentação, estabelecendo assim uma condição de desequilíbrio e instabilidade, impossibilitando a orientação e a estabilidade para efectuar movimentos com o tronco e os membros, dificultando ou inviabilizando a execução de determinadas atividades no seu dia-a-dia (Barcala, Colella, Araujo, Salgado, & Oliveira, 2011; Escarcel, Muller, & Rabuske, 2010), apontando para que as pessoas idosas que sejam acometidas de AVC, sejam abordadas de maneira diferente pelos profissionais de saúde.

Costa (1999), perspetiva que

...há em algumas Instituições uma certa racionalidade higiénica que não tem permitido validar com os nossos utentes idosos o sentido dos cuidados que lhes são prestados, para que não sejamos fazedores de actos automáticos e rotineiros, mas capazes de responder a aspectos físicos, psicossociais e emocionais que são os dos doentes que ali estão e que se interessam pela própria saúde (p. 15).

A mesma autora, ao fazer referência à dinâmica assistencial no contexto hospitalar, entende que esta se constitui na configuração de algumas lógicas, designando-as, como a individualização institucional, cuja consequência se objetiva na individualização e na fragmentação do doente e da doença (Costa, 2002).

Com a implementação da RNCCI, pretendeu-se otimizar as respostas de saúde e de apoio social com a perspetiva da continuidade de cuidados, tendo como foco a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, com o propósito da maximização possível da autonomia e da participação dos destinatários.

Paúl e Fonseca (2001) advogam sobre a necessidade de elevar e melhorar os cuidados a prestar às pessoas idosas através de diversas avaliações, que tenham em apreciação também os aspetos psicossociais da saúde e do bem-estar, dando ênfase à prestação de cuidados continuados, que possibilitem um incremento da qualidade de vida no sentido mais amplo do termo.

Face aos diversos contextos, onde as metodologias do trabalho em equipa poderão ser diversificadas, cabe aos profissionais de enfermagem reconhecer as delimitações pertencentes ao perfil da sua competência, desenvolvendo a sua atividade profissional em parceria com outros profissionais na implementação de ações interdisciplinares (projectos comuns), na integração de esforços e sinergias tendo como aspeto central o nível de saúde das pessoas (alvo dos cuidados), na readaptação e na reintegração das pessoas em situação de dependência, otimizando e/ou potencializando o seu desenvolvimento.

METODOLOGIA E ESTUDOS SUBSEQUENTES

A temática da pessoa idosa assume relevância pelos dados sociodemográficos conhecidos, pelas implicações socioeconómicas e pelos problemas de saúde (sendo alguns novos, outros de continuidade), que os acompanham.

O conhecimento de pormenor das circunstâncias, manifestações e particularidades da pessoa idosa após AVC permitirá uma qualificação dos cuidados indo ao encontro de respostas mais assertivas, da rentabilização de recursos, da focalização de acções no que possa ser essencial. É no seguimento destas preocupações e pressupostos que nos propusemos estudar a *Atividade Motora da pessoa idosa após AVC. Desafios e Contributos de Enfermagem*, apresentando de seguida neste espaço, uma breve referência às opções metodológicas de cada um dos dois estudos realizados até à validação de um instrumento de recolha e sistematização de informação sobre a atividade motora da pessoa idosa após AVC.

Neste sentido, e no trabalho desenvolvido colocámos então duas questões centrais: *Quais os contornos e especificidades da atividade motora da pessoa idosa após AVC?* e *Como podem as intervenções de enfermagem contribuir para a melhoria da atividade motora da pessoa idosa acometida de AVC*. Focalizados no problema de investigação, preconizámos os seguintes objetivos: estudar os fatores ligados à atividade motora, que mais influenciam o bem-estar da pessoa idosa após AVC; estudar de que forma os domínios da atividade motora, físico, psicológico, espiritual, e social se interligam com o bem-estar da pessoa Idosa após AVC.

No desenvolvimento desta investigação foram realizados estudos de cariz investigacional diferentes, mas interligados.

ESTUDO I

Relativamente ao Estudo I – *Compreensão da atividade motora na pessoa idosa após AVC*, com a finalidade dupla de conhecer as expressões das dificuldades e expectativas relacionadas com a atividade motora na pessoa idosa após AVC e a emergência de categorias a serem utilizadas nos restantes estudos, apresentámos, como objetivos específicos: conhecer as manifestações de expressões essenciais da atividade motora e de categorias a ela associadas em pessoas idosas após AVC; construir uma proposta de protocolo de avaliação das expressões e manifestações da Atividade Motora na pessoa idosa após AVC.

Para a concretização destes objetivos entrevistaram-se num enquadramento fenomenográfico um conjunto de pessoas idosas após terem sido acometidas de AVC. Foram realizadas entrevistas, semi-estruturadas, com base num guião de entrevista, em número julgado conveniente atendendo a critérios de saturação.

Assim, a seleção dos informantes fez-se a partir da finalidade teórica da investigação, atividade motora da pessoa idosa após AVC, a atestar o seu processo de reabilitação na RNCCI, no qual permaneciam em instituições com tipologias diversas, face à necessidade de cuidados, tendo em conta a sua condição de saúde (*convalescença* – Hospital do Arcebispo João Crisóstomo - HAJC, Associação Fernão Mendes Pinto - AFMP; *média duração e reabilitação* – AFMP, Casa de Repouso de Coimbra - CRC, Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional - ADFP, Stª Casa da Misericórdia de Arganil - SCMA; e *longa duração e manutenção* – ADFP, Irmandade Nossa Senhora das Necessidades, Stª Casa da Misericórdia de Vila Nova de Poiares - INSN – SCMVNP, SCMA, Naturidade – Gestão de Alojamentos Geriátricos, S.A. - N-GAG S.A.), do distrito de Coimbra.

O estudo foi realizado até à saturação dos dados, no período compreendido temporalmente entre Maio e Dezembro de 2008.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram: idade a partir dos 65 anos; tratar-se do primeiro evento (AVC); ter lesão neurológica com compromisso da atividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração; pertencer ao distrito de Coimbra; concordarem em participar no estudo após terem recebido informação adequada a respeito do projeto (consentimento informado).

Concomitantemente à realização das entrevistas foi colhida informação relativa a dados sociodemográficos para caracterização dos informantes, propósito que foi secundado tendo em conta o contacto prévio com os contextos em análise, levando-nos a selecionar e incluir dois instrumentos padronizados para avaliação do nível de independência funcional dos informantes, Índice de Barthel (adaptado de Mahoney & Barthel, 1965), este

Índice de independência tem sido usado para a avaliação da capacidade de desempenho, de autocuidado, mobilidade e continência das pessoas em termos da reabilitação das mesmas, permitindo assim a avaliação da sua evolução em termos da sua condição de saúde e do nível cognitivo, o *Mini Mental State Examination* – (MMSE) – (adaptado de Guerreiro et al., 1994) sendo este traduzido e adaptado à população portuguesa, considerado como um instrumento, que avalia o *status* cognitivo de forma global.

Tendo em conta os critérios previamente delineados, foram realizadas 28 entrevistas a pessoas idosas após AVC a vivenciarem o seu processo de reabilitação na RNCCI. Destas, seis foram eliminadas, uma em virtude da pessoa apresentar labilidade emocional e, conseqüentemente, dificuldade na continuidade da mesma; quatro por, no desenvolvimento das mesmas, as pessoas terem apresentado um discurso incoerente; e uma em virtude de no momento da mesma não haver informação sobre a data do evento - AVC (posteriormente contactada a responsável da E.C.L., comunicou que a data do primeiro episódio, tinha-se verificado há mais de 12 meses), constituindo-se assim a amostra deste estudo de 22 pessoas às quais foram realizadas as entrevistas.

A análise do material recolhido nas entrevistas realizadas foi efectuada com metodologia fenomenográfica adequada (Fernandes, 2005; Sjostrom & Dahlgren, 2002), concebendo-se a introdução das narrativas num programa informático de análise qualitativa, designado NVivo8, bem como de uma forma manual (construção de quadros e grelhas), permitindo assim, tendo por base o guião elaborado com as questões formuladas e de forma transversal, encontrar ideias centrais do que tinha sido expresso pelos informantes (o seu significado) no contexto, tendo como foco uma circumscribida cultura com um inerente processo de dinâmica social, permitindo assim um agrupamento preliminar ou classificação de respostas semelhantes ou diferentes, no sentido de distinguir as diferentes maneiras de compreender/viver o fenómeno, proporcionando a identificação dos fenómenos resultantes da análise e uma organização do espaço considerado de resultados.

Esta etapa, decorreu, temporalmente, entre janeiro e setembro de 2009. Deu-se por concluída a análise, quando as categorias terminais estavam saturadas.

Foi construída uma primeira síntese, que resultou no mapeamento das temáticas e itens emergentes. Este mapeamento balizado pelas questões orientadoras e enquadrado nos quatro domínios já anteriormente assumidos (físico, psicológico, espiritual e social) foi organizado em temáticas/categorias.

Do apuramento surgiram quatro domínios: Domínio Físico-Funcional com sete categorias e vinte subcategorias; Domínio Psicológico com sete categorias; Domínio Espiritual com três categorias; e Domínio Social com duas categorias e três subcategorias. Estes domínios encontram-se sintetizados numa árvore categorial (Tabela 1).

Tabela 1

Árvore categorial da análise às entrevistas realizadas

Domínios	Categorias	Subcategorias
Físico-Funcional	Dor	
	Visão	
	Atividade Psicomotora	
	Aptidão Muscular	
	Atividades Essenciais à Vida (AEVI)	Higiene Corporal
		Vestuário (Vestir e despir)
		Eliminação Vesical
		Eliminação Intestinal
		Comer
		Beber
		Recreação e Lazer
		Equilíbrio/Controle Postural
		Transferências
		Deambulação/Andar
	Atividades de Vida Complementares (AVIC)	Tarefas Domésticas
		Transportes
		Responsabilidade – Medicação
		Aspetos Económicos/Financeiros
		Uso do Telefone
	Atividades de Vida Complexas (AVIComp)	Conduzir
		Prática Desportiva
		Cantar e Tocar Instrumento Musical
		Viajar/Passear
		Comunicar
Psicológico	Cognitivo/Motor	
	Perceção do Estado de Saúde	
	Perceção de Bem-Estar	
	Perceção da Relação com os Outros	
	Sentido de Autonomia	
	Perspetivas Futuras	
	Mudança pessoal	

Espiritual	Religiosidade	
	Positividade do Sentido de Vida	
	Consciência de si enquanto <i>ser</i> finito - Finitude	
Social	Status /Papéis	
	Relações de Proximidade	Percepção do Relacionamento Familiar
		Percepção do Relacionamento com a Rede Social
		Relacionamento com os Serviços de Cuidados

A análise realizada e as sínteses produzidas tiveram o contributo, e foram validadas, por um painel de peritos constituído para o efeito, com o objetivo de extrair indicadores, que pudessem nos estudos subsequentes servir de base a um instrumento de recolha sistematizada de informação (Protocolo de Avaliação).

ESTUDO II

Relativo ao Estudo II – *Construção e validação de um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC*, no seu desenvolvimento e interligado com o estudo antecedente, propusemos com este segundo estudo testar, aperfeiçoar e validar um instrumento de recolha e sistematização de informação sobre a atividade motora da pessoa idosa após AVC. Definimos como objetivos específicos deste segundo estudo: testar a proposta de instrumento de recolha de informação construído no estudo I; avaliar as características psicométricas de fidelidade e validade do questionário de avaliação da atividade motora da pessoa idosa após AVC; elaborar a versão final do protocolo de avaliação da atividade motora da pessoa idosa após AVC.

A população deste estudo foi constituída por pessoas idosas, que tivessem estado internadas (com diagnóstico de AVC) em serviços de instituições hospitalares, estando estas referenciadas nos respetivos centros de saúde pertencentes ao distrito de Coimbra. Este estudo foi realizado no período de Novembro de 2010 a Outubro de 2011.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram: idade a partir dos 65 anos (posteriormente alterado para os 55 anos); tratar-se do primeiro evento (AVC); ter lesão neurológica com compromisso da atividade motora, sem compromisso cognitivo, que inviabilizasse a colaboração; pertencer ao distrito de Coimbra; concordar participar no estudo após ter recebido informação adequada a respeito do projeto.

Sustentados na reflexão acerca do conjunto dos resultados obtidos no primeiro estudo, este segundo estudo focalizou-se na elaboração e análise da estrutura das dimensões (áreas emergentes) de um Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa após AVC (PAMPI-AVC), contextualizado no percurso de reabilitação após o evento na RNCCI, com o propósito de avaliar as características de fidelidade e validade do instrumento de avaliação proposto, com o foco na avaliação motora das mesmas.

A população deste estudo foram as pessoas idosas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 55 anos e os 91 anos, acometidas de AVC e que se encontravam no seu processo de reabilitação na RNCCI, do distrito de Coimbra. A amostra foi selecionada entre as pessoas, que se encontravam nas unidades de internamento da RNCCI, sendo estas constituídas por diversas tipologias, com finalidades distintas (*convalescença, média duração e reabilitação e longa duração e manutenção*) no distrito de Coimbra.

Este estudo decorreu no período compreendido entre Novembro de 2010 e Outubro de 2011 em cada unidade. Independentemente da tipologia, procedeu-se a uma amostragem probabilística por *clusters*, compreendendo a escolha, quer pelo investigador, quer pelos colaboradores em cada local onde se realizou a pesquisa (após esclarecidos os objetivos do estudo) de todas as pessoas idosas no seu percurso de reabilitação nas respetivas unidades de internamento (*Convalescença* – HAJC; AFMP; Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais - CMRRC – RP, *Média duração e reabilitação* – AFMP; LorSenior – Domus Vitae - LS - DV; CRC; Solar Billadonnes - SB; Centro Desenvolvimento Educativo de Cantanhede - CDEC; N-GAG S.A.; SCMA; ADFP; INSN – SCMVPN, *Longa duração e manutenção* – LS - DV; SB; CDEC; N-GAG S.A.; SCMA; ADFP; INSN – SCMVPN).

Tendo em conta as condições de inclusão estabelecidas previamente, foram referenciadas 564 pessoas idosas nas várias unidades de internamento (*Convalescença* – 130, *Média duração e reabilitação* – 208, *Longa duração e manutenção* – 126), sendo inquiridas 92 pessoas, destas, 4 dos protocolos foram invalidados (1 por alterações cognitivas, 2 por altas precoces e 1 por falecimento), constituindo-se assim a população deste estudo de 88 pessoas idosas, que se encontravam no seu processo de reabilitação na RNCCI, no distrito de Coimbra (*Convalescença* – 44, *Média duração e reabilitação* – 38, *Longa duração e manutenção* – 6).

Foi elaborado pelo investigador de forma estruturada e para ser aplicado em molde de entrevista, constituindo-se a primeira parte, com questões específicas.

Procurámos elaborar um instrumento que permitisse avaliar a atividade motora da pessoa idosa após AVC em diferentes domínios subdivididos em categorias e subcategorias, tais como:

1. Domínio Físico - Funcional (Dor; Visão; Atividade Psicomotora; Aptidão Muscular; Atividades de vida diária - Atividades Essenciais à Vida, Atividades de Vida Complementares,

Atividades de Vida Complexas). A categoria Atividades Essenciais à Vida inclui as subcategorias Higiene Corporal, Vestuário (Vestir e despir), Eliminação Vesical, Eliminação Intestinal, Comer, Beber, Equilíbrio/Controle Postural, Transferências, Deambulação/Andar. A categoria Atividades de Vida Complementares contém as subcategorias Tarefas Domésticas, Transportes, Conduzir, Prática Desportiva, Cantar e Tocar Instrumento Musical. A categoria Atividades de Vida Complexas inclui as subcategorias Comunicar, Responsabilidade – Medicação, Aspectos Económicos/Financeiros, Uso do Telefone, Recreação e Lazer.

2. Domínio Psicológico (Cognitivo/Motor, Percepção do Estado de Saúde, Percepção de Bem-Estar, Percepção da Relação com os Outros, Sentido de Autonomia, Perspetivas Futuras).

3. Domínio Espiritual (Religiosidade, Positividade do Sentido de Vida e consciência de si enquanto *ser* finito - finitude).

4. Domínio Social (Status/Papéis, Relações de Proximidade – Percepção do Relacionamento Familiar, Percepção do Relacionamento com a Rede Social, Relacionamento com os Serviços de Cuidados).

Para tal foram elaborados diversos itens referentes a cada um dos quatro domínios, conforme desenvolvido no estudo I. Inicialmente o número destes itens era bastante elevado, pelo que houve necessidade de depurar o instrumento com o objetivo não apenas de reduzir o número de itens, mas, principalmente, reter aqueles, que apresentavam maior pertinência e relevância para a avaliação da variável que pretendemos medir.

A depuração do instrumento envolveu a análise da capacidade discriminante de cada item, estudos de análise factorial, para a qual utilizámos o método dos componentes principais com rotações tipo *varimax* e a avaliação da consistência interna.

Este processo de depuração do instrumento envolveu: i) a análise da capacidade discriminante de cada item (itens em que quase todos os inquiridos tendem a responder na mesma alternativa são pouco ou nada discriminantes); ii) a análise da redundância entre itens (itens com elevada correlação entre si são, provavelmente, itens que tendem a avaliar o mesmo aspecto); iii) estudos de análise factorial, para a qual utilizámos o método dos componentes principais com rotações tipo *varimax* (em que foi identificada a estrutura factorial do instrumento, bem como a existência de itens com baixo peso nos vários factores); e iv) a avaliação da consistência interna (que permitiu identificar itens com baixa correlação com o total dos restantes itens, que constituem o factor, assim como os itens que prejudicam a consistência interna fazendo baixar o valor do coeficiente de alpha de Cronbach). Constatámos que a eliminação de alguns dos 90 itens da escala original obedeceu a mais do que um dos critérios atrás referidos.

Assente no mapeamento descrito, elaborou-se um *Protocolo de Avaliação* com os itens que emergiram, alocados em domínios, categorias e subcategorias e quando justificado em duas dimensões temporais: antes e atualmente.

Tabela 2

Número de questões, escalas e itens do PAMPI-AVC e da 1ª versão

	PAMPI-AVC	1ª Versão
I parte - caracterização sociodemográfica	15 questões	15 questões
II parte: dor, visão, visão, a avaliação da aptidão muscular e da actividade psicomotora	Dor: 2 questões + 1 escala Visão: 5 itens AAM: (registo FM e ADM) Act. Psicomotora: 4 itens	Dor: 2 questões + 1 escala Visão: 5 itens AAM: (registo FM e ADM) Act. Psicomotora: 4 itens
II parte AEVI	33 itens	35 itens
II parte AVIC	14 itens	17 itens
II parte AVIComp	10 itens	6 itens
III parte - domínio psicológico	56 itens	99 itens
IV parte - domínio espiritual	19 itens	38 itens
V parte – domínio social	28 itens	50 itens
VI parte - caracterização sócio-económica	5 questões	5 questões
Totais	22 questões 1 escala de dor Registo FM e ADM 169 itens	22 questões 1 escala de dor Registo FM e ADM 254 itens

A estrutura final do instrumento, que designamos como PAMPI-AVC, comporta um questionário de 6 partes.

Na primeira parte manteve-se a estrutura de 15 questões de caracterização sociodemográfica colhendo informação sobre: idade; sexo; estado conjugal; religião; condições habitacionais antes do episódio do AVC; tipo de habitação; antes do AVC com quem morava; número de membros do agregado familiar; natureza da relação familiar; tipo de ajuda em caso de necessidade. A estas questões seguem-se perguntas sobre aspectos biológicos e de saúde, tais como: tipo de AVC, tempo decorrido após AVC, local de permanência após AVC, tipologias da unidade de internamento – RNCCI, medidas antropométricas, peso, altura, IMC; se toma medicamentos e quais, história prévia de depressão ou outras situações de saúde mental, percepção atual do estado de saúde.

Na segunda parte do instrumento relativamente ao domínio físico-funcional mantiveram-se também as questões relacionadas com a dor, a visão, a avaliação da aptidão muscular e da atividade psicomotora, e atividades de vida.

As atividades de vida são aqui questionadas em três categorias. *Atividades Essenciais de Vida* (AEVI), *Atividades de Vida Complementares* (AVIC), *Atividades de Vida Complexas*

(AVIComp). Em todos os itens perguntava-se “qual a capacidade para” e “com que frequência necessidade de ajuda” e em ambos os aspectos pedia-se a localização numa escala tipo Likert de cinco pontos cada, respetivamente, *nada/nenhuma*, *baixa*, *média*, *elevada*, *total* e *nunca/raramente*, *algumas vezes*, *muitas vezes*, *quase sempre*, *sempre*.

As *Atividades Essenciais de Vida* (AEVI) são questionadas com 33 itens, em subcategorias como higiene corporal (4), vestuário (3), eliminação vesical (3), eliminação intestinal (3), comer (1), beber (1), equilíbrio/controlo postural (8), transferências (3), deambulação/andar (7). Em relação ao questionário da versão antes do seu estudo com trabalho de campo a subcategoria recreação e lazer com dois itens estava aqui agregada transitando agora para as Atividades de Vida Complexas (AVIComp).

As *Atividades de Vida Complementares* (AVIC) caracterizam-se na versão definitiva com as respostas a 14 itens, assim distribuídos: tarefas domésticas (8), transportes (3), (mantendo uma estrutura igual à primeira versão) a que acresceu à categoria as subcategorias, conduzir (1), prática desportiva (1), cantar e tocar instrumentos (1) (transitadas das atividades de vida complexas na versão anterior).

Os aspectos económico-financeiros (3), responsabilidade pela medicação (1) e uso do telefone (2) foram transferidos para as *Atividades de Vida Complexas* (AVIComp) nesta versão definitiva a que se juntou recreação e lazer (2), mantendo-se a subcategoria comunicar (2). Assim as *Atividades de Vida Complexas* (AVIComp) ficam constituídas por 10 itens.

Em relação às atividades de vida temos assim um total de 57 itens (AEVI 33; AVIC 14; AVIComp 10), na primeira versão contávamos com 58 itens (AEVI 35; AVIC 17; AVIComp 6).

Na terceira parte do instrumento relativo ao domínio psicológico ficou constituída por três itens na categoria cognitivo-motor (5 na primeira versão); na perceção do estado de saúde 21 itens (46 na primeira versão); perceção do bem-estar 13 itens (28 na primeira versão); perceção da relação com os outros 4 itens (12 na primeira versão); sentido de autonomia 5 itens (6 na primeira versão); perspetivas futuras 7 itens (4 na primeira versão).

Na quarta parte recolhe-se informação no domínio espiritual através de 19 itens cotados de 1 a 5 (escala tipo Likert) entre o discordo totalmente e o concordo totalmente, comportando as categorias religiosidade com 11 itens (19 na versão anterior); positividade do sentido de vida 8 itens (10 na versão anterior).

Na quinta parte, questiona-se em relação ao domínio social através de 28 itens cotados como nas categorias anteriores e distribuídos pelas seguintes categorias e subcategorias: status/papéis 7 itens (11 na primeira versão); relações de proximidade/perceção do relacionamento familiar 6 itens (15 na primeira versão); relações de proximidade/perceção

do relacionamento da rede social 10 itens (15 na primeira versão); relações de proximidade/percepção do relacionamento com os serviços de cuidados 5 itens (9 na primeira versão).

Por último, na sexta parte, com a caracterização socioeconómica questionada através de 5 perguntas relativas à profissão; ao nível de escolaridade; de onde provêm os rendimentos individuais; se os rendimentos económicos são suficientes para: *Despesas correntes (alimentação, manutenção da casa, outras)*, *Despesas de saúde*, *Despesas com outros (cônjuge, filhos e outros)*, *Encargo com instituição de acolhimento*; e nível sócio-económico.

Para os quatro domínios referenciados anteriormente, obtivemos os valores 0,987 no domínio físico-funcional – nas atividades, 0,960 no domínio psicológico, 0,941 no domínio espiritual, e 0,915 no domínio social.

Em sumula, podemos concluir que o protocolo elaborado apresenta elevada consistência interna, ou seja, revela boas propriedades psicométricas.

ESTUDO DA VALIDADE DO PROTOCOLO PAMPI-AVC

Após estes estudos procedeu-se à análise da validade concorrente do instrumento PAMPI-AVC correlacionando os seus resultados nas diversas categorias e subcategorias com os resultados de outros instrumentos já validados e padronizados, nomeadamente MMSE, Índice de Barthel, Escala de Lawton, Escala de Tinetti, Índice de Mobilidade Rivermead, *Short Physical Performance Battery (SPPB)*, *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)*, Escala Geriátrica de Depressão - 15 (GDS-15), *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* e *Social Support Questionnaire (SSQ-6)*.

Os resultados mostram, na maioria dos casos, correlações altamente significativas (Tabela 3). O facto de a maioria das correlações serem estatisticamente significativas permite-nos concluir que o instrumento que desenvolvemos tende a produzir resultados semelhantes aos obtidos com os instrumentos já validados e padronizados, ou seja, concluímos que o protocolo de avaliação multidimensional da pessoa Idosa após AVC, que desenvolvemos, revela boa validade concorrente.

Em particular e especificando, observamos que as subcategorias de atividade de vida, essenciais, complementares e complexas, do *domínio físico-funcional* apresentam correlações fortes, positivas e de forma muito significativa ($p < 0,001$) com as escalas Barthel, Lawton, Tinetti, Rivermead e SPPB.

No *domínio Psicológico* as categorias *cognitivo-motor*, *sentido de autonomia* e as *perspectivas futuras* correlacionam-se positivamente e de forma muito significativa

($p < 0,001$) com os valores do MMSE. Também neste domínio as categorias percepção do estado de saúde e percepção do bem-estar correlacionam-se negativamente e de forma muito significativa ($p < 0,001$) com os valores da depressão, stresse e ansiedade (DASS-21) e positivamente com a escala de satisfação com a vida (SWLS) de forma também muito significativa ($p < 0,001$).

A percepção da relação com o outro (do domínio Psicológico) correlaciona-se de forma positiva e com elevada significância ($p < 0,001$) com as atividades instrumentais de vida (escala de Lawton), satisfação com a vida (SWLS), e com o suporte social (SSQ6N – SSQ6S).

As categorias *sentido de autonomia* e *perspectivas futuras* correlacionam-se positivamente e de forma muito significativa ($p < 0,001$) com o MMSE, Independência funcional (Barthel), com as atividades instrumentais de vida (Lawton), satisfação com a vida (SWLS), ainda com forte correlação, mas negativa com a depressão geriátrica, e também com uma correlação positiva significativa ($p = 0,034$ e $p = 0,004$) com a percepção da disponibilidade de suporte social (SSQ6N).

No domínio *Espiritual*, a categoria *religiosidade* correlaciona-se de forma negativa com a depressão geriátrica ($p = 0,032$) e a categoria *positividade do sentido de vida* correlaciona-se muito significativamente ($p < 0,001$) e de forma positiva com a satisfação com a vida (SWLS) e negativamente com a depressão geriátrica (GDS-15). Ainda encontramos na categoria *positividade no sentido de vida* correlações positivas significativas ($p = 0,031$) com as atividades instrumentais de vida (Lawton).

No domínio *Social*, as categorias, *Status/papéis*, *Relações de proximidade* (subcategorias -percepção do relacionamento familiar, percepção do relacionamento da rede social, e a percepção do relacionamento com serviços de cuidados), correlacionam-se bem (correlações muito significativas $p < 0,001$ e significativas $p = 0,004$; $p = 0,015$) de forma positiva com escalas Barthel, Lawton, SWLS, ansiedade e stresse da DASS-21, e de forma negativa com a depressão (DASS-21) e depressão geriátrica (GDS-15). Neste domínio a percepção da disponibilidade com o suporte social (SSQ6N) correlaciona-se positivamente e com significado com a categoria *Status/papéis* e as subcategorias das *Relações de proximidade* - relacionamento familiar e relacionamento da rede social, mas não com o relacionamento com os serviços de cuidados. A percepção da satisfação com o suporte social só se correlaciona positivamente com a categoria *Status/papéis*.

Tabela 2

Resultados do estudo da correlação entre as categorias e subcategorias do PAMPI-AVC e os instrumentos padronizados

Variáveis	MMSE	Barthel	Lawton	Tinetti	Rivermead	SPPB	DASS 21 Depressão	DASS 21 Ansiedade Stress	GDS-15	SWLS	SSQ-6N	SSQ-6S
Físico-funcional At.essenciais vida		+0,87 (0,000)		+0,82 (0,000)	+0,80 (0,000)	+0,78 (0,000)						
Físico-funcional At.de vida complem.			+0,67 (0,000)	+0,71 (0,000)	+0,74 (0,000)	+0,69 (0,000)						
Físico-funcional At.de vida complexas			+0,81 (0,000)	+0,61 (0,000)	+0,60 (0,000)	+0,55 (0,000)						
Psicológico funcional Cognitivo motor	+0,44 (0,000)											
Psicológico funcional Percepção estado saúde		+0,54 (0,000)	+0,65 (0,000)				-0,61 (0,000)	-0,54 (0,000)	-0,73 (0,000)	+0,54 (0,000)		
Psicológico funcional Percepção de bem-estar		+0,45 (0,000)	+0,53 (0,000)				-0,58 (0,000)	-0,37 (0,000)	-0,63 (0,000)	+0,41 (0,000)		
Psicológico funcional Percepção da relação com o outro			+0,57 (0,000)							+0,42 (0,000)	+0,19 (0,000)	+0,13 (0,000)
Psicológico funcional Sentido de autonomia	+0,32 (0,000)	+0,61 (0,000)	+0,69 (0,000)						-0,58 (0,000)	+0,43 (0,000)	+0,23 (0,034)	+0,07 (0,524)
Psicológico funcional Perspetivas futuras	+0,28 (0,000)	+0,36 (0,000)	+0,43 (0,000)						-0,54 (0,000)	+0,53 (0,000)	+0,30 (0,004)	+0,18 (0,091)
Espiritual Religiosidade	-0,01 (0,939)	-0,02 (0,881)	-0,01 (0,979)				+0,01 (0,990)	-0,23 (0,032)	-0,13 (0,217)	+0,10 (0,366)		

Espiritual	+0,12	+0,19	+0,23		+0,05	-0,19	-0,40	+0,36		
Posit. Sentido de vida	(0,259)	(0,071)	(0,031)		(0,620)	(0,083)	(0,000)	(0,000)		
Social		+0,54	+0,34		-0,58	+0,64	-0,64	+0,59	+0,26	+0,21
Status/papéis		(0,000)	(0,000)		(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,015)	(0,049)
Social – Percepção		+0,40	+0,45		-0,40	+0,55	-0,55	+0,50	+0,27	+0,17
Relacionamento familiar		(0,000)	(0,000)		(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,011)	(0,111)
Social – Percepção		+0,33	+0,44		-0,36	+0,56	-0,55	+0,54	+0,30	+0,20
Relacionamento rede social		(0,001)	(0,000)		(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,004)	(0,056)
Social – Percepção Relac. c/ serviços cuidad		+0,26	+0,25		-0,29	+0,38	-0,36	+0,36	+0,03	+0,14
		(0,015)	(0,000)		(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,756)	(0,180)

O conjunto de correlações encontradas entre as categorias e subcategorias do PAMPI-AVC e os valores das escalas, índices e demais instrumentos utilizados, permitem, pelos níveis de significância altos e muito altos, pela coerência teórica, pela direcção das correlações de alguma forma, validar concorrentemente o protocolo de avaliação multidimensional para a pessoa idosa após AVC.

CONCLUSÕES

Através da investigação produzida, foi possível chegar a um protocolo de avaliação multidimensional da pessoa idosa após AVC que designamos por PAMPI-AVC.

Num processo de construção, que partiu do entendimento em profundidade da problemática em questão, através de uma abordagem qualitativa, com a determinação de itens com significado emergente. Este trabalho realizado socorreu-se da análise fenomenografica, do material discursivo disponível resultante das entrevistas semi-estruturadas e da validação e incorporação de sugestões provenientes de um painel de peritos.

Após a compilação de um instrumento prévio e com trabalho de campo, procedeu-se ao apuramento dos itens considerados, com ajuda da estatística, a que se seguiram os processos de avaliação psicométrica com a determinação de indicadores de fidelidade e de validade do instrumento em construção. A relevância dos indicadores de fidelidade e de validação permitiu encontrar uma versão final deste protocolo de avaliação.

O PAMPI-AVC ficou estabilizado em seis partes, uma primeira de caracterização sociodemográfica; uma segunda de avaliação da dor, da visão, da aptidão muscular e da

atividade psicomotora, das atividades essenciais à vida, atividades de vida complementares, e atividades de vida complexas; uma terceira parte de avaliação do domínio psicológico; uma quarta parte de avaliação do domínio espiritual; uma quinta parte de avaliação do domínio social; por último, uma sexta parte de caracterização sócio económica.

O estudo mostrou-se adequado. O Protocolo de Avaliação – PAMPI-AVC, permite caracterizar com alguma profundidade e rigor os aspetos essenciais, de forma abrangente, da condição vivencial de transição em que se encontram as pessoas idosas após serem acometidas por AVC.

A utilização deste instrumento poderá proporcionar aspetos desenvolvimentais, quer ao nível da prática de enfermagem, quer ao nível da formação assim como ao nível da investigação, permitindo novas investigações, possibilitando a sua aplicabilidade a outras condições de saúde após o devido ajuste.

A demonstração da sua efectividade poderá ser através de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, traduzindo-se por imperativo social depositado na profissão e disciplina de enfermagem, um contributo claro, objetivo e concreto para o bem-estar individual, das famílias e das comunidades de pessoas idosas após AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM - American College of Sports Medicine (2006). *Manual do ACSM para avaliação da aptidão física relacionada à saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barcala, L., Colella, F., Araujo, M. C., Salgado, A. S., & Oliveira, C. S. (2011). Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. *Fisioterapia em Movimento*, 24(2), 337-343.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: CLimepsi Editores.
- Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In *O idoso: Problemas e realidades* (pp. 9-22). Coimbra: Formasau.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau; Lisboa: Educa.
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República nº109/06, I Série-A, pp.3856-3865. Lisboa, Portugal.
- Escarcel, B. W., Muller, M. R., & Rabuske, M. (2010). Análise do controle postural de pacientes com AVC Isquémico próximo a alta hospitalar. *Revista Neurociências*, 18(4), 498-504.
- Fernandes, M. A. (2005). Introdução à fenomenografia: Potencialidades de aplicação à investigação em saúde e enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 3-10.

- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas actividades de vida diária. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 209-270). Loures: Lusodidacta.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. In D. G. Carroll (Ed.), *Rehabilitation* (pp. 61-65). Baltimore City Medical Society.
- Morais, R. D. (2006). Motricidade humana e déficits existenciais. In D. Rodrigues, *Actividade motora adaptada: A alegria do corpo* (pp. 3-15). São Paulo: Artes Médicas.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, D. (2006). As dimensões de adaptação de actividades motoras. In D. Rodrigues, *Atividade motora adaptada: A alegria do corpo* (pp. 39-47). São Paulo: Artes Médicas.
- Sjostrom, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339-345.

CAPÍTULO VI

DEFESAS E DESENCONTROS FAMILIARES: CONTRIBUTO DO ESTUDO DE CASO DE UM IDOSO

JOSÉ MANUEL PINTO
DIANA DOS SANTOS PAIVA
SARA ALEXANDRA DA SILVA
SÉRGIO FILIPE ABRUNHEIRO
VIRGÍNIA ADELAIDA PAIS

INTRODUÇÃO

A mente humana é complexa e a comunicação esconde meandros nem sempre compreendidos na sua totalidade. Sempre que há alteração do equilíbrio psíquico, ocorre uma tentativa de readaptação/defesa a essa agressão, podendo estabelecer-se uma dinâmica disfuncional, nomeadamente, sentimentos de rejeição, abandono, inutilidade e pode inclusive tornar-se evidente um sentimento de vazio. Este pode acentuar-se quando ocorrem situações que expõem o idoso a uma maior dependência. A escolha do sujeito para o estudo de caso teve por base os seguintes critérios: estar internado no contexto laboral dos autores, o que facilitou a colheita de dados e o interesse pela sua história pessoal. Os objetivos deste estudo são: 1) conhecer a narrativa histórica pessoal do doente, 2) categorizar os aspetos essenciais da sua história; 3) analisar os dados recolhidos.

A metodologia utilizada é qualitativa, um estudo de caso que recorre aos dados através da observação direta e fazendo uso de uma entrevista semiestruturada. Posteriormente, destacámos os aspetos relevantes da mesma e contextualizámos os dados teórico-concetualmente.

A análise do nosso estudo permite perceber alguns desencontros e as dinâmicas defensivas utilizadas pelo idoso.

NARRATIVA HISTÓRICA

Cada pessoa constrói e guarda uma história pessoal que propicia, a quem a escuta, a recolha de uma narrativa pessoal que é importante por conter sinais e sentidos dos vividos pessoais

do indivíduo. Assim, este método de entrevista procura perceber as redundâncias e os pontos de corte no processo vital relatado e possibilita diagnosticar algumas áreas (dis)funcionais do sujeito, bem como desnuda os mecanismos de defesa mais frequentemente utilizados. Sempre que alguém fala de si conta uma história, por mais lacunar que possa ser. A continuidade vai revelando as repetições, as majorações e também as incongruências do discurso, facilitando, a quem cuida, o mapeamento das angústias que o indivíduo procura esconder.

O presente estudo propõe-se desvendar a narrativa de um doente acometido de AVC utilizando a observação direta do doente e a técnica de entrevista seguida de uma análise crítico-teórica da mesma.

2.1. ENTREVISTA

O SR. A tem 76 anos, é viúvo, reformado e foi internado por ter sofrido um AVC - lesão isquémica focalizada no terço médio do centro semioval esquerdo sem envolvimento cortical, sofrendo anteriormente de hérnias inguinais.

Realizámos uma entrevista com o doente onde nos propusemos saber mais um pouco da narrativa histórica do idoso.

Sr A. gostaríamos que nos contasse um pouco da sua história, do seu percurso de vida...

Tirei o curso de enfermagem em 1958. Exerci durante doze anos no hospital antigo da universidade. Abandonei porque não era como agora, não tínhamos auxiliares, fazíamos tudo. Queria melhorar a qualidade de vida e fui para o sector do turismo onde corri mundo ... Primeiramente fui motorista de autocarros no concelho. Depois, o patrão convidou-me a assumir outras zonas. Espetou-me com o carro novo nas mãos. Tive receio porque não conhecia mas o patrão respondeu-me que quem tinha boca ia a Roma. Começámos em Lisboa, primeiro transferes entre aeroporto-hotéis e depois alargou. Enquanto estive em Lisboa, aprendi inglês e francês. Depois fui para o estrangeiro. No início necessitávamos de um guia para andar em cada cidade mas depois pedi ao patrão para andar sozinho. Sempre correu tudo bem, sempre me orientei. Após o 25 de Abril a empresa foi vendida e houve transformações. Mas estive ao todo mais de 20 anos. Depois fui dispensado para outra empresa, a M

E a sua família como lidou com as suas viagens pelo estrangeiro?

A minha esposa nunca se importou com a minha ausência, sempre reagiu bem, educou os filhos. Ela movimentava bem a vida, eu passava muito tempo fora de casa, às vezes 8 meses seguidos. ... Sempre me dei muito bem com a minha

esposa, nunca houve uma pequena coisa. Deitava-me, beijava-a e adormecíamos juntos. ... Eu casei com 22 anos. Tenho dois filhos. Um é guarda prisional e o outro gere uma empresa de contabilidade e serviços. Um tem 52 anos e o outro 41. Um vive aqui perto do hospital e outro mais afastado, vive em Pombal.

Como era a sua relação com os seus filhos?

Criei-os com carinho. Dei-lhes o que pude. Um dos filhos andou anos a tirar um curso mas depois desistiu. Foi uma opção errada, não soube aproveitar. Quando as pessoas não sabem aproveitar há chatices.

Como é a sua relação com eles, atualmente?

Atualmente é uma relação de vai-te embora que não fazes cá falta nenhuma. ... Nunca deixei a esposa acamar e os meus filhos nunca deram apoio. Chegaram a dizer-me: leve a mulher que a mulher é sua, em relação à mãe deles, minha esposa. Queriam que a mãe fosse para um lar. Fiquei chocado e continuo chocado com o abandono. Antecipei a reforma por invalidez e tenho uma mísera reforma. Nunca nos ajudaram. Tive uma infeção urinária, já era viúvo [é viúvo há 8 anos] e os meus filhos andaram a dar voltas para eu ir para um lar. Mas eu já tinha dado essas voltas porque já tinha pensado em ir mas não havia vagas. Entretanto fui para o Centro de Dia de Q. e estou lá há um ano e tal. Fui eu quem escolhi o centro de dia, eles [filhos] não queriam aceitar o centro de dia, queriam um lar. Fui para lá por questões monetárias [era o mais barato]. ... O único impedimento era o saco coletor que tinha de deixar em casa. Para poder ir para o centro de dia tinha de desadaptar o saco da sonda vesical e tinha que ir com a sonda vesical clampada. Ia regularmente à casa de banho do centro de dia para desclampar a sonda e a urina sair. Quando regressava a casa, ao final da tarde, voltava a adaptar o saco à sonda e assim passava a noite. Muitas vezes, durante a noite tinha de vaziar o saco. [silêncio] Ficava era sozinho durante a noite, em casa e pensava: Mas agora, como vai ser? Vou-me embora para onde? Como vou vaziar o saco? Quem me vai ajudar a desadaptar? Quem vai destapar a sanita? [com o AVC ficou com hemiparésia de grau 4+ no membro inferior direito (que lhe permite já poder deambular com recurso a um auxiliar de marcha) e de grau 4 no membro superior direito (pelo que necessita de uma ajuda parcial na satisfação do autocuidado alimentar-se, uso do sanitário, higiene; foi ainda moderadamente afetada a motricidade fina do respetivo membro, o que lhe impede de conseguir desadaptar o saco coletor de forma autónoma, entre outras atividades)]. Como vou resolver a minha situação, se estou sozinho? A minha situação está precária, é uma situação esquisita.

Parece ter-se sentido muito entregue a si próprio e com tantas dificuldades

(silêncio longo) [acena afirmativamente com a cabeça, num ativo solilóquio interno]

Atualmente mantém contacto com os seus filhos?

Sim. Não perdi o contacto com os meus filhos, mas é uma relação “vai-te embora que eu não preciso de ti”. Foi a partir do momento que desprezaram a mãe, que a relação se alterou e deteriorou. Nunca quiseram saber de nós. A minha falecida esposa teve vários AVC's e eles nunca quiseram saber. Agora andam aqui no hospital com um circuito muito esquisito, mas não se vão convencer que me vão tirar tudo. Dinheiro não existe, a reforma vai-se toda. Eu ainda estou bem de cabeça, eles que não pensem.

Nunca pensou na hipótese de ir viver com os seus filhos ... eles já lhe fizeram essa proposta?

Eles dizem que não podem tomar conta de mim. Um diz que trabalha e não tem tempo nem vai deixar de trabalhar para olhar por mim. O outro diz que não tem condições (silêncio) O melhor é ir para os cuidados continuados para onde estou proposto porque não tenho ninguém ... Eu pergunto-me, quem quer saber de mim? ... Eu não tenho ninguém, estou completamente sozinho ... Tinha uma irmã mais velha dez anos e dois mais novo [silêncio com um franzir de dor no rosto] “Vai-te embora, vai para o lixo, vai-te embora” é o que sinto que eles dizem.

Num segundo momento tentámos perceber quais as ocupações do Sr. A.:

Sr. A. podemos ocupá-lo mais um bocado para conversarmos um pouco mais sobre si?

Sim senhor, até me ajuda a passar melhor o tempo.

O Sr. quer-nos dizer em que atividades costumava envolver-se para além do seu trabalho?

Estava inserido nas dioceses de St^a Cruz, de Fátima, inserido em movimentos cristãos e fazia o que era preciso, como assistir à missa. Estava a tirar o curso de Teologia e tirei uma formação em psicologia, ainda a minha falecida era viva. [No decorrer da entrevista foi explícito que todos estes cursos que refere ter frequentado, na realidade foram formações com duração de poucos meses que ia tendo com amigos que eram licenciados nas áreas em questão]. Eu até andava com a cabeça esquisita com tanto para fazer. Nunca parei até esta idade!

Parece, ao falar connosco, que a sua vida teve muitos momentos de dificuldade...

Toda a minha infância foi de uma grande tristeza. Foram tempos muito difíceis. Expressou muita tristeza ao expressar: apesar de nunca ter passado fome, sempre tive um pai muito austero, distante e com hábitos alcoólicos ... sempre que o meu pai quando vinha bêbado batia em mim, na minha mãe e nos meus irmãos, havia sempre um medo no ar ... Aos 54 anos o meu pai acabou por falecer, mas não me pergunte porque não sei porque não sei a causa...

LEITURA TEÓRICO-CONCETUAL E CRÍTICA DO CASO

A história deste homem é uma história sofrida, com muitos desencontros relacionais onde parece predominar a mágoa e o ressentimento decorrentes de um sentimento de desamparo profundo face à doença e à ausência de familiares capazes de responder às suas necessidades de saúde atuais.

O doente ao ser confrontado com a sua nova condição física de maior incapacidade por hemiparésia direita, vê-se limitado no desempenho das funções sociais, profissionais e familiares. Esta perda do corpo saudável (Pinto, 2013) desencadeia, inúmeras vezes, alterações ao nível comportamental, relacional (social) e emocional.

Segundo Oliveira (2004), a incapacidade física reflete-se depois ao nível psicológico, nomeadamente nas:

1. perdas de aspetos do ego do indivíduo;
2. ruturas relacionais a diferentes níveis.

Inicialmente, a integração e consciencialização desta condição introduz o sentimento de perda do corpo saudável, torna-se uma ameaça real à integridade do *self*. Esta, frequentemente, pode introduzir desencontros mais ou menos graves na relação do sujeito com o seu corpo (Bergeret, 1997), podendo instalar um conflito entre o corpo real presente e a imagem interna do seu corpo ainda íntegro e funcional, assim como conflitos entre o *self* e a realidade.

A perda do corpo saudável pode originar também uma variabilidade de respostas emocionais (regressão afetiva, necessidade de segurança e afeto, ansiedade, baixa autoestima e perda de identidade), independentemente do grau de dependência física ou cognitiva, e não raras vezes, encaminha-nos para um mundo fantasmático do indivíduo mais difícil de aceder (Tichler, 2010).

Percebemos que a incapacidade física impõe grandes exigências aos próprios sujeitos e que, por outro lado, as suas defesas podem impedir uma manifestação exacerbada do seu estado de ansiedade. Consoante a estrutura de personalidade, mais ou menos desenvolvida, assim

utilizará o recalçamento, o isolamento do afeto ou a negação, a projeção e a clivagem estas últimas três defesas remetem-nos para um funcionamento mental mais primitivo do doente, isto é, menos capacitado de integração e representação das suas vivências dolorosas.

Socialmente, a incapacidade física reflete-se em mudanças complexas nas relações mais próximas, normalmente a nível familiar e social. As limitações físicas impõem muitas vezes alteração dos padrões habituais de relação e restringem a rede social disponível, cabendo à família a função de suporte face à alteração dos papéis decorrentes da doença e das limitações que a mesma impõe. Face à ausência da família o doente tenta a ajuda institucional e dos profissionais de saúde, em busca de conforto e de melhorias no seu estado de saúde, embora se sinta limitado nas escolhas por dificuldades financeiras. Ele procura por segurança e pelo ideal utópico de cura, mas queixa-se de desamparo, de solidão, manifestando desconfiança quanto às intenções dos seus quando se reaproximam dele.

O indivíduo com incapacidade física depara-se, inúmeras vezes, com a perda progressiva da sua independência funcional e da sua autonomia, podendo confrontar-se também com as limitações nas melhorias dos tratamentos. Então a fragilidade física entrelaça-se com a fragilidade interna do indivíduo, levando a restrições e alterações nas relações sociais (Oliveira, 2004), nomeadamente:

- 1) O desenvolvimento de *comportamentos regressivos* direcionados aos profissionais de saúde e família, resultando em elevados níveis de dependência física/emocional, isolamento social, infantilidade e hostilidade;
- 2) O desenvolvimento de *reações depressivas e depreciativas* em relação a si própria, podendo haver mesmo autoagressão dirigida ao seu *mau corpo*.

Esta perda de capacidade (real ou imaginária), obriga o sujeito a uma nova definição do Eu. O processo de rutura com o corpo saudável e o trabalho de luto inerente podem provocar uma desorganização psíquica e relacional, embora, na maioria das situações, se instale um ciclo elaborativo e saudável para a aceitação, a integração e a adaptação à sua nova situação.

Nesta (re)integração da imagem corporal, o indivíduo é obrigado a fazer o luto do seu corpo saudável, integrando na sua identidade, a sua nova condição física, continuando a sentir ser quem era (Pinto & Queirós, 2013), remetendo-nos para a reelaboração do sentimento básico de identidade histórica, social e pessoal de que nos fala Grinberg e Grinberg (1998). Esta busca pela preservação da unidade e integridade da imagem corporal, revela se o indivíduo é capaz de fazer um verdadeiro luto pela perda do corpo saudável ou se, pelo contrário, passa a fazer uso de defesas mais primitivas como a negação, a clivagem ou mesmo a defesa maníaca que lhe possibilite manter, ainda que idealmente - Idealização -, um estado que não é realista e que serve para defender da angústia emergente que o inunda, impedindo-o de entristecer e lidar com as perdas.

No caso presente percebemos que o doente apresentava processos cumulativos de luto, nomeadamente da infância, sentida como um contínuo sofrimento, da figura paterna internalizada como um agressor temível, dos filhos que o desamparam, da perda da mulher relatada como um porto seguro. O efeito cumulativo destas perdas pode, por si mesmo, torná-las intoleráveis, impedindo qualquer remanejamento e elaboração das mesmas. O processo consequente de luto em curso pode tornar-se difícil e/ou tornar-se mesmo patológico.

A doença da mulher com uma sucessão de Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT's) e AVC's levou-a a um estado de completa dependência, o que potenciou a alteração de toda a sua dinâmica familiar, com as repercussões físicas e psicológicas inerentes a este contexto de complexa carga emocional, a que se acrescentou uma decepção e revolta em relação aos filhos por falta de disponibilidade destes para ajudar e acolher os pais.

Se o avançar da idade, aproxima a possibilidade de morte e a finitude se torna inevitável, esta torna-se mais contundente com a perda de pessoas próximas, como familiares e amigos (Portella & Pasqualotti citado por Baldin & Fortes, 2008).

Os processos de luto, enquanto reações possíveis face à situação de perda, são também uma fase da expressão dos sentimentos decorrentes da perda, na qual a pessoa se consciencializa da realidade da morte para que, posteriormente, se torne possível estabelecer novas relações com o mundo, que favoreçam o investimento pessoal (Oliveira & Lopes, 2008).

A aceitação e adaptação à realidade defendida por diversos autores (Bowlby, 1993; Freud 1980; Grinberg, 2000; Pinto, Almeida, & Antunes, 2013) é a condição essencial para a elaboração normal dos lutos ou perdas. Mas, durante este processo, existem uma série de flutuações produzidas pela intervenção de diversos sentimentos ligados às ansiedades e às culpas persecutórias e/ou depressivas, que lhe atribuem uma evolução particular.

As causas desencadeantes de um luto podem ser múltiplas e dependerão de diversas circunstâncias, mas todas elas partilham, como base comum, a valorização afetiva que, consciente ou inconscientemente, é atribuída à perda (Grinberg, 2000).

Bowlby (1990, 1993), que foi um dos primeiros autores que se interessou pelo estudo desta temática, após observar as múltiplas reações das pessoas perante a perda de um parente próximo, identificou quatro fases sucessivas que as pessoas, no decorrer de semanas e meses, podem vivenciar, nomeadamente a fase de entorpecimento, a fase de anseio e busca da figura perdida, a fase de desorganização e desespero e, por último, a fase de reorganização. O autor admitiu que estas fases não se encontram devidamente delineadas e que, qualquer pessoa pode oscilar, durante um determinado período de tempo, entre duas. O processo de luto inicia-se pela fase de entorpecimento, caracterizada pelo seu teor efémero, afirmando que, comumente, esta terá uma duração variável, podendo ocorrer apenas em algumas horas ou estender-se ao período de uma semana. Durante este

período, experiências emocionais intensas podem ser vivenciadas perante a incredulidade da situação, sendo várias as expressões passíveis de caracterizar a reação imediata à notícia da morte do cônjuge, tais como: *Eu simplesmente não podia acreditar, Não podia aceitar, Parecia um sonho* ou *Não parecia real*. No caso em análise, o doente não se deparou com a notícia inesperada da morte súbita da sua esposa, uma vez que o próprio admitiu que, nos seus últimos anos de vida e com os sucessivos internamentos, tinha assistido a uma degradação física e psicológica da mesma. Isto permitiu-lhe uma prévia mentalização da inevitabilidade da morte da esposa. O doloroso foi o desamparo que sentiu com a sua partida e que lhe mostrou como estava intoleravelmente entregue a ele próprio.

A fase de anseio e busca da figura perdida pode ter a duração inicial de apenas alguns meses e pode, também; ser perpetuada, de forma patológica, por alguns anos. Passadas algumas horas ou mesmo alguns dias do momento da perda do seu ente querido, a/o viúva/o começa, embora apenas episodicamente, a registar a realidade da perda, instaurando-se crises de desânimo intenso, períodos de aflição e soluços chorosos. Paralelamente, sentimentos de inquietação, insónia, preocupação com lembranças do cônjuge perdido, combinadas frequentemente com um sentimento da sua presença concreta, e uma exacerbada tendência a interpretar sinais ou sons como índice de que ele retornou podem ser, frequentemente, observados (Bowlby, 1993). Esta fase pauta-se pelo sentimento de premência em recuperar o objeto perdido; as repetidas deceções, o pranto, a raiva e a acusação são frequentes expressões desta urgência (Grinberg, 2000). Num trabalho subsequente, Bowlby (1993), observou que muitos dos aspetos característicos das formas patológicas de luto, podiam resultar da persistência ativa dessa premência, que tende a expressar-se de várias maneiras disfarçadas e distorcidas (Bowlby, 1993). Dos relatos não percebemos que o Sr. A. manifestasse estes comportamentos descritos. Ele parecia debater-se consigo mesmo, numa luta interna, em que a sua fragilidade era transformada em grandeza. A sua defesa situava-se a montante, utilizando como defesas a negação e a idealização da grandeza do seu percurso, defendendo-o duma *debacle* narcísica. Relativamente à esposa recordava-a saudosamente, parecendo ter integrado e elaborado a sua perda.

A resolução da fase de desorganização e desespero apela à capacidade de suporte das oscilações de emoção. Importa que o enlutado consiga aceitar e reconhecer, de forma gradual, que a perda é permanente e que sua vida deve ser reconstruída. A tolerância ao abatimento, à procura incessante do outro e ao exame aparentemente interminável de como e porque a perda aconteceu (Bowlby, 1993) permitirá uma resolução saudável da perda. Esta fase consiste, para Grinberg (2000), na soma das deceções, do desespero e de um comportamento desorganizado, que se pauta por uma dolorosa falta de capacidade para iniciar ou manter comportamentos organizados.

À medida que novos comportamentos vão sendo adquiridos e a pessoa enlutada começa a formular novos objetivos de vida, consegue passar para a fase seguinte do seu processo de elaboração do luto.

Esta última fase do processo de adaptação à perda caracteriza-se pela aceitação desta nova condição de vida. Podemos sintetizar que o mais importante no processo de luto é tolerar a desorganização e ter a capacidade de levar a cabo a reorganização dirigida a um novo objeto (Grinberg, 2000).

Chegados aqui, acontece uma redefinição de si mesmo, bem como de toda a sua situação de vida. O Sr. A. deixou de ser o esposo e passou a ser o viúvo, tornando-se um homem só. Após a morte da esposa, ele redefiniu as suas prioridades e objetivos vida e tentou manter-se ocupado, apostando em *formações* contínuas, nomeadamente em atividades de teor religioso, antecipando a gero transcendência de que nos fala Erikson (1998) caracterizada por um maior envolvimento com a religiosidade. Estas formações *do Eu*, embora idealizadas, devolviam sentido ao próprio e defendiam-no dos sentimentos de falta de sentido e do vazio, devidos à solidão e desamparo em que se encontrava.

Verificamos que, no caso vertente, quer a perda do corpo saudável quer a perda da esposa, confirmam a falta de suporte familiar. A relação do Sr. A com os seus filhos é claramente marcada pelo distanciamento, pelo reaparecimento do conflito pai-filhos. Expressões como “não soube aproveitar”, “é uma relação vai-te embora que não fazes cá falta nenhuma” entre outras, demonstram, inequivocamente, a já referida reedição do conflito pai-filhos, que esconde, por certo, muitos desencontros e ressentimentos mútuos.

O Sr. A apela veladamente a essa mesma inversão de papéis, queixando-se do distanciamento relacional com os seus filhos. Sente-se abandonado pelos seus filhos, sobretudo nesta fase em que o seu grau de dependência é mais elevado. O doente refere que gostaria de contar com o apoio deles, por exemplo, quando afirma “os meus filhos nunca me deram apoio”.

No envelhecimento observa-se a inversão do papel executivo parental (Relvas, 2006). Os filhos passam, muitas vezes a assumir esse papel a par do papel cuidador. Esta mudança nem sempre é pacífica e pode originar imensas situações de conflito entre pais e filhos, bem como pode reativar áreas da relação menos bem conseguidas ou mesmo ressentimentos antigos. Os idosos costumam revelar o seu mal-estar com expressões como “agora já não sirvo para nada” ou “agora já não mando nada” ou outras afins. A inversão de papéis pode provocar no idoso uma crise de identidade social e pessoal, manifestada pelo receio da perda do controlo e sentimentos de inutilidade. O idoso em estudo, confrontado com a sua fragilidade, apela veladamente a essa mesma inversão de papéis que teima em não vir, queixando-se do distanciamento relacional com os seus filhos. Sente-se abandonado por eles, sobretudo nesta fase em que o seu grau de dependência é mais elevado. O Sr. A refere que gostaria de contar com o apoio deles, por exemplo, quando se queixa: “os meus filhos nunca me deram apoio”. O desencontro e o ressentimento aparecem na desconfiança em relação aos filhos, quando os sente aproximarem-se dele e julga haver um segundo sentido, um interesse financeiro nos seus gestos.

O desencontro atual, também pode confirmar os desencontros de uma vida inteira como acontece com o nosso doente que revela o desespero (Erikson, 1998) que a solidão lhe provoca. Este desencontro parece evocar aspetos anteriores ligados a uma vinculação ansiosa (Bowlby, 1990) a perdas sucessivas, a separações ou desamparos dolorosos. A escuta e a aceitação destas situações, permite envolver a pessoa idosa e, deste modo, atribuir-lhe a importância que ela muitas vezes considera já não ter e que expressa através de autoavaliações de inutilidade ou mesmo sentimentos de estorvo. O Sr. A. definiu a sua relação com os seus filhos como algo distante ao afirmar: “Não perdi o contacto com os meus filhos mas é uma relação “vai-te embora que eu não preciso de ti”. O idoso expressa o seu sentimento de rejeição por parte dos filhos. A doença da mãe parece ter marcado o ponto de rutura da relação, tendo sido determinante para a deterioração da relação. Ressalta do discurso o sentimento de rejeição, de desamparo, bem como a revolta e o ressentimento deste idoso quando afirma: “Nunca quiseram saber de nós ... A minha falecida esposa teve vários AVC’s e eles nunca quiseram saber” ou ainda quando diz: “Eu pergunto-me, quem quer saber de mim? Eu não tenho ninguém, estou completamente sozinho”. Como consequência desse desamparo, desponta a revolta e o ressentimento, instalando-se o sentimento de inutilidade e de estorvo, expressos no desabafo: “Vai-te embora, vai para o lixo, vai-te embora, é o que sinto!”.

Nesta fase da vida o que volta a estar em questão é o controlo do corpo, a perda de autonomia e a ameaça à integridade pessoal (Pinto, 2013), decorrente das perdas físicas, emocionais e relacionais a que o idoso foi sujeito.

Sabemos que o processo de construção da autonomia acontece após a aquisição da capacidade de dizer não, o terceiro organizador do psiquismo humano (Spitz, 1979), por volta dos 15 meses que se faz presente nos movimentos de separação-indivuação da criança (Mahler, Pine, & Bergman, 1993) e de desafio às figuras cuidadoras. As más resoluções do desenvolvimento vão-se revelando ao longo do curso da existência por via de comportamentos de controlo/descontrolo e/ou na exibição de um falso *self*, maior na fala do que na realidade.

A separação-indivuação entrelaça-se com o processo de descoberta e controlo do meio envolvente. Erikson (1998) considera que nesta fase se organiza a autonomia ou se instala a dúvida e a vergonha. A progressiva autonomia em relação à mãe permite-lhe explorar o meio tendo a figura cuidadora como porto seguro. No caso presente percebemos que as dificuldades do Sr. A. se relacionam com a perda de controlo pela exibição de um Eu sobrevalorizado que parece querer esconder as suas fragilidades e/ou as vergonhas relativas ao seu estado dependente, quando afirma: “Ficava era sozinho durante a noite, em casa”, “Mas agora, como vai ser? Vou-me embora para onde? Como vou vazar o saco? Quem me vai ajudar a desadaptar? Quem vai destapar a sanita?”, “Como vou resolver a minha situação, se estou sozinho? A minha situação está precária, é uma situação esquisita”.

O retorno à dependência parece instalar uma paleta de sentimentos que têm como elemento comum a dependência, a crescente vulnerabilidade do idoso e um sentimento crescente de vazio que tentava preencher com os afazeres e tarefas que até o deixavam *tonto*. O seu dia-a-dia parece ser perturbado por uma espiral de sentimentos negativos e de ressentimentos que o tornam ainda mais refém e isolados dos outros.

CONCLUSÕES

Da análise deste caso salienta-se que o idoso se encontra em processo de luto pelo corpo saudável, resultado do compromisso motor que apresenta, e com sentimentos marcados de inutilidade e/ou autodesqualificação. O sentimento dominante é o de abandono e desamparo que sente por parte dos filhos. O idoso parece tentar preenchê-lo por via da narrativa mítica (idealizada), mostrando, a par, comportamentos tipo exibicionista e alguma defesa hipomaniaca que servem como defesa contra a sua falta de sentido.

No idoso, identificamos níveis de autoestima não realista, baseados num colorido mais ou menos exacerbado dos dias, das atividades e até dos cursos que sobrelevava que não garantem um bom funcionamento mental. Verificamos, ainda, que o idoso apresenta sentimentos de perda de identidade do Eu, que apelam a uma avaliação mais aprofundada e a uma intervenção dos aspectos que se apresentem menos funcionais.

A maior aproximação e compreensão do idoso e da sua narrativa histórica pessoal são, pois, fundamentais para a compreensão deste idoso, facilitando a comunicação terapêutica e o acesso às necessidades do idoso. Este conhecimento mais afinado pode facilitar a intervenção através de processos adaptativos na pessoa e a consequente melhoria do seu bem-estar/qualidade de vida, bem como a compreensão dos processos de defesa e da sua relação com o processo de desenvolvimento que poderá ajudar o idoso no estabelecimento de um contacto mais realista e satisfatório com o seu contexto atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldin, C., & Fortes, V. (2008). *Viuvez feminina: A fala de um grupo de idosas*. Retirado de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104,1692011000500022&script=sci_arttext&tlng=pt>.
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1993). *Perda: Tristeza e depressão*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre, Brasil, Artes Médicas.

- Freud, S. (1980). Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (*Ed. Stand. Bras.*, Vol VII). Rio de Janeiro, Brasil: Imago.
- Grinberg, L. (1997). *Culpa e depressão*. Lisboa, Lisboa: Climepsi.
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). O nascimento psicológico da criança. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Oliveira, J. & Lopes, R. (2008). *O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a03v13n2.pdf>
- Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 63-67. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>
- Pinto, J. (2013). Fronteiras individuais e familiares nos mais adultos. In Pinto, J. (Coord.), *Psicologia em contextos de saúde: Da compreensão à intervenção* (pp. 37-43). Coimbra, Portugal: ESEnC.
- Pinto, J., Almeida, L., & Antunes, L. (2013). Integração institucional de idosos: Contributo de um estudo de caso. In Pinto, J. (Coord.), *Psicologia em contextos de saúde: Da compreensão à intervenção* (pp. 45-51). Coimbra, Portugal: ESEnC.
- Pinto, J., & Queirós, P. (2013). O internamento e a regressão temporal no doente acamado. In J. M. Pinto (Eds.), *Psicologia em Contextos de Saúde: da Compreensão à Intervenção* (pp. 127-134). Coimbra: UICISA: E e ESEnC.
- Relvas, P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole, La première année de la vie*. Paris: PUF.
- Teixeira, V., & Marques, M. (2009). *O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach*. Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-823120090003000006&script=sci_arttext
- Tichler, H. (2010). Parkinson's, a selfobject loss: Theoretical discussion and personal experience and history. *Journal Of Loss And Trauma*, 15(3), 193-211. Retirado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=59af76d4-d6d9-4adf-96c5-30a7dc7b56e3%40sessionmgr12&vid=11&hid=9>



Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revista indexada no SciELO Citation Index, Web of Science, Thomson Reuters

