

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO  
NO CUIDAR DO IDOSO

António Manuel Conde de Almeida Alves

PORTO — 2003

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR**

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

**A IMPORTANCIA DA COMUNICAÇÃO**

**NO CUIDAR DO IDOSO**

**Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem**

**Autor:**

António Manuel Conde de Almeida Alves

**Orientador:**

Maria Júlia Silva Lopes Rodrigues  
(Mestre em Ciências da Educação)

O nosso AGRADECIMENTO:

À Mestre Maria Júlia Silva Lopes Rodrigues,  
pela forma como me ajudou, e pelo seu apoio  
incondicional.

Aos idosos e enfermeiras pela sua colaboração.

À Direcção do Lar “Calvário do Carvalhido” na  
pessoa do Dr. Borges de Pinho, pela  
disponibilidade que sempre manifestou.

A todos os docentes do Curso de Mestrado,  
pelos ensinamentos que nos transmitiram.

À nossa família pelos incentivos e estímulo, para  
que este projecto se tornasse uma realidade.

## RESUMO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social e actual, mas a atitude da sociedade face à velhice e aos idosos é ainda bastante negativa.

Envelhecer implica para a maioria dos idosos perdas importantes, necessitando cada vez mais intervenções especializadas na área dos cuidados. Aqui, os enfermeiros têm um papel preponderante.

Mas para cuidar, é importante saber comunicar. Comunicar é um dos dons fundamentais do homem, pelo que vale a pena reflectir se este é efectuado eficazmente com a pessoa idosa, de forma a enriquecer a qualidade dos cuidados que lhes são prestados.

Neste sentido elaboramos um estudo, exploratório, no qual pretendemos avaliar a percepção que os idosos e enfermeiros têm sobre a importância da comunicação no cuidar.

O estudo é de tipo qualitativo, e o trabalho de campo desenvolveu-se no Lar Calvário do Carvalhido, utilizando a entrevista semi – estruturada como fonte de informação. Chegamos às seguintes conclusões: Foram avaliados os motivos que levaram os idosos à institucionalização, assim como o seu grau de satisfação com o internamento, pois estes podem ser factores condicionantes de uma deficiente comunicação. A percepção que os idosos têm da forma como são tratados, é a da valorização dos cuidados de manutenção de vida, e também, de forma importante os cuidados de suporte psicológico, dando muita importância à comunicação que se estabelece nesses momentos. Referem que são os enfermeiros os seus cuidadores de referência, embora sintam que o tempo que dispõem para o efeito, não seja suficiente.

Para os enfermeiros os resultados encontrados são semelhantes. Reafirmam a importância que a comunicação tem. Sendo esta, parte integrante dos cuidados, reconhecem que nem sempre é possível dar uma resposta rápida às solicitações dos idosos, pois o tempo que dispõem para os cuidados é pouco, para o grande número de idosos com as características dos que se encontram nesta instituição. Identificam as barreiras mais importantes e a forma que encontram para as ultrapassar.

As duas perspectivas assinalam a necessidade de um número maior de enfermeiros, para que seja possível a optimização dos cuidados no sentido de tornar a comunicação verdadeiramente eficaz.

## SUMMARY

The aging of population is a social and current phenomenon, but society still faces old aging an old people in a very negative way.

Older means for the majority of the old people important losses, with the need of cares every time more specialized. In this area, nurses have a very important role.

But to care means to know how to communicate. Communication is a human being fundamental gift, so it worth to think if our communication with the old people is done in a way that implements the quality of care that we intend to give them.

With this propose we elaborated a study, of an exploratory nature, in order to evaluate the old people and nurse's perception, about how important is to communicate while caring.

We did a qualitative study that was developed on Lar Calvário do Carvalhido, using interviews as information source. We arrive the following conclusion: we evaluated the motives of internment in the institution, as well as their degree of satisfaction, because considering that these factors could be a limitation for a efficient communication. The old people understanding about the way they are assisted is based on life supporting cares, as well as in a important way on psychological supportive care, and they greatly appreciate the communication on those periods. They reefer that nurses are those give specialized cares although they feel that nurses haven't enough time to do so as they would like.

Nurse found alike results, they reaffirm the importance and role of communication on this area. Communicating is an integrant part of those cares and they recognise that it is not always easy to assist old people as fast as it should be because time is a limiting factor, for the ideal assistance in this age. Nurse identified the principal barrier as well as the way to overtake.

Both perspectives demonstrate the need of a larger nurse team, so the better care could be provide in order to reach effective.

# Índice

<b>Introdução</b>	8
<b>Primeira Parte – Fundamentação Teórica</b>	15
<b>Capítulo I – Noções Gerais de Envelhecimento</b>	15
1. Envelhecimento Demográfico e suas implicações	15
2. Conceito de Idoso e sua Representação Social	22
3. Conceito de Envelhecimento	24
4. Envelhecimento Fisiológico e Psicológico	31
<b>Capítulo II – Enfermagem e o cuidado aos Idosos</b>	36
1. Conceptualização de Enfermagem e de Cuidar	38
2. Relação de ajuda no cuidar	49
2.1. Conceitos e perspectivas	52
3. Comunicação no Cuidar	60
3.1. Processo e níveis de comunicação	60
3.2. Factores que influenciam a comunicação	66
3.3. A importância da comunicação no cuidar	68

<b>Segunda Parte – A Importância da Comunicação no Cuidar</b>	73
<b>Capítulo I – O estudo e suas opções metodológicas</b>	73
1. Finalidades	74
2. Objectivos	74
3. Metodologia	74
3.1 Local onde decorreu o estudo	74
3.2 Escolha da População	75
3.3 Tipo de estudo	77
3.4 Recolha da informação	80
3.5 Realização das entrevistas	83
4. Tratamento da informação	84
<b>Capítulo II – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados</b>	86
1. Caracterização da Amostra	86
1.1 Amostra dos Idosos	87
1.2 Amostra dos Enfermeiros	106
2. Conclusões do Estudo	121
<b>Conclusão</b>	126
<b>Bibliografia</b>	129
<b>Anexos</b>	138

# Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – Caracterização dos Idosos que participam no estudo	87
<b>Quadro 2</b> – Motivo de entrada para o Lar	89
<b>Quadro 3</b> – Nível de satisfação	95
<b>Quadro 4</b> – Processo de comunicação dos Idosos	98
<b>Quadro 5</b> – Caracterização do grupo de Enfermeiros	106
<b>Quadro 6</b> – Grupo de Enfermeiros (Categorias e Subcategorias)	108
<b>Quadro 7</b> – Motivo pelo qual escolheu trabalhar com idosos	108
<b>Quadro 8</b> – Processo de comunicação dos Enfermeiros	111

## INTRODUÇÃO

Até há algumas décadas atrás, a sociedade via as pessoas idosas como um grupo de saberes acumulados, sobrevalorizando-o em relação a outros grupos etários e conferindo-lhes um forte poder de decisão. Com a recente transformação das sociedades os idosos, tornaram-se num grupo particularmente vulnerável à exclusão social.

A atitude da sociedade face à velhice e aos idosos é essencialmente negativista. Tal como afirma (Berger 1995:66) “*a cultura ocidental tem em relação aos idosos uma atitude negativa; os jovens desprezam-nos...*”.

A imagem da terceira idade, sendo dominada por vários estereótipos e ainda pelo desconhecimento do processo de envelhecimento, está estigmatizada. Não podemos ver a velhice como um malefício, mas antes, encará-la como uma consequência natural do aumento da esperança de vida.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social e actual. Dentro de poucos anos estima-se que metade da população dos Países desenvolvidos tenha mais de 50 anos de idade. Portugal não escapa a essa realidade, prevendo-se que para o ano 2010 a população com mais de 65 anos atinja os 17.6% da população total, (Carrilho 1993).

A passagem do século XIX para o século XX, a par de alterações económicas e sociais profundas, coincidiu com a *transição demográfica* (fenómeno que representa a mudança de um regime demográfico com altas taxas de mortalidade e de natalidade, para outro em que a mortalidade e a natalidade se voltam a equilibrar, mas a níveis muito baixos), proporcionando às populações dos nossos dias um aumento da esperança de vida, que associada a uma diminuição da fecundidade, acarretou um gradual envelhecimento da população, (Fernandes 1997:1).

Mas o evoluir dos conhecimentos, e técnicas diagnósticas cada vez mais sofisticadas, associadas a um desenvolvimento na investigação das teorias do envelhecimento, faz com que se envelheça melhor, conduzindo a uma melhoria da qualidade de vida da população idosa.

A imagem que a sociedade tem acerca dos idosos e o papel que lhes atribui na teia social, determina muitas vezes a forma como se envelhece, limitando-lhes o campo de acção, *“pois a imagem tradicionalmente negativa, baseada em estereótipos, por si só impõem restrições”*. (Ferreira 1995:12).

Mas o que é ser idoso? E o que é envelhecimento?

Para que houvesse uma uniformidade de critérios a Organização Mundial da Saúde (OMS) convencionou que *“idoso é todo o indivíduo com idade superior a 65 anos independentemente do estado de saúde e sexo”*. (Cristóvão 1997:46).

Segundo dados da OMS, o envelhecimento tem a sua origem nas modificações que se produzem na estrutura das células do organismo ao longo da vida. Envelhecer, implica certas perdas físicas, mentais ou sociais, que aliadas à acumulação, durante a vida de factores penosos e geradores de sofrimento, provocam reacções de medo, angustia, dor e solidão pela tomada de consciência da aproximação da morte.

Embora uma grande maioria dos idosos mantenha a sua autonomia até cada vez mais tarde, existem muitos, e cada vez mais, que necessitam de intervenção na área dos cuidados.

O que se entende por cuidados? Quem os deve efectuar? E como avaliar os cuidados prestados?

Sabemos que desde que surgiu a vida existem cuidados, pois são necessários para permitir que a vida continue e se desenvolva. Durante séculos os cuidados não pertenciam a nenhuma profissão em particular, mas sim diziam respeito a qualquer um que as executasse na tentativa de aliviar o sofrimento e evitar a morte.

Podemos dizer que o sentido do cuidar nos primórdios, era sinónimo de “tomar conta” isto é, no sentido de garantir a continuidade da vida.

Com o evoluir dos tempos, os cuidados que eram empíricos e de qualquer um, passam a partir dos fins do séc. XIX a pertencer aos médicos, que já com algumas bases científicas passam a assumir o papel de cuidadores, no sentido em que cuidar na época significava: “Tratar doentes”, mas com os avanços técnicos e científicos os médicos sós não conseguem prestar todos os cuidados, passando a enfermeira a desempenhar um papel preponderante nesta área. (Collière 1989).

Assim desde os inícios do séc. XIX até finais dos anos 60 a enfermeira é identificada como a “auxiliar” do médico na prática dos cuidados. Segundo refere Collière (1999:77) “ ...o seu regresso à ciência a fim de servir o médico, ser sua auxiliar. Os médicos não podem passar sem enfermeiras, mas não é por isso menos verdadeiro que uma parte dos cuidados aos doentes sempre dependeram de um auxiliar: este auxiliar deve ter um coração de mulher”. (1999:77)

Na sociedade actual o papel desempenhado pelas enfermeiras é cada vez mais reconhecido como preponderante e diferenciado, pelo que os seus cuidados passaram a designar-se “*Cuidados de Enfermagem*”. A profissão de enfermagem é hoje considerada, uma profissão com saberes próprios, reconhecendo-se – lhes competências técnicas e científicas, capazes de responder às necessidades dos utentes.

É através da investigação que os enfermeiros têm centrado a sua atenção no desenvolvimento de teorias que permitam delimitar o seu campo de actuação e concomitantemente orientar a sua prática. Os conhecimentos alcançados através da investigação e análise, serão utilizados para a procura do bem-estar das populações.

Isto implica que é da responsabilidade da enfermagem assistir os indivíduos, familiares e comunidades no sentido de otimizar as funções físicas, sociais e psicológicas nos vários estadios de saúde e em todas as etapas da vida, do nascimento até à morte.

A ONU (Organização das Nações Unidas) declarou o ano de 1999 como o ano Internacional da Pessoa Idosa, e sua prioridade principal estava centrada na “ *situação das pessoas idosas*”, ou seja na dignidade e na qualidade de vida dos idosos o que devia constituir um desafio para quem tem responsabilidades nessa matéria.

Cuidar da pessoa idosa, em especial aquelas que se encontram em situações mais vulneráveis, será no sentido de promover e realçar a sua independência, participação, auto-estima e auto-cuidado.

Como é do conhecimento de todos, a vida e a saúde fazem parte dos bens mais preciosos do Homem. O seu desenvolvimento e a sua salvaguarda resultam dos esforços de todas as profissões que devem trabalhar em estreita colaboração.

Os cuidados a prestar à pessoa idosa, são os mesmos que a qualquer grupo etário. Cuidar dos idosos não é só “tomar conta”, é prestar cuidados e preocupar-se com eles. Dar conforto e apoio em momentos de ansiedade e solidão. Saber comunicar com eles e ajudá-los, identificando os problemas através de uma vigilância contínua mas com uma sensibilidade consciente do direito de privacidade de cada indivíduo.

No acto de cuidar há que favorecer a existência de um clima de saudável relacionamento, fazendo com que ele compreenda a necessidade de uma participação activa, mas tendo sempre presente a preservação da sua auto estima.

É importante na relação com os idosos perceber as suas necessidades particulares, para tal, devem conhecer-se bem os fenómenos físicos e psíquicos do envelhecimento para os poder compreender, e os ajudar a conservar o gosto pela vida.

O enfermeiro, cuidador da pessoa idosa, tem uma responsabilidade própria dos seus actos. “ *Ao enfermeiro cabe promover uma interacção harmoniosa entre o ambiente e o homem, para fortalecer as ocorrências dessas trocas e a integridade dos seres humanos, e assim contribuir para a conservação do máximo de saúde e de bem-estar*”. (Marriner 1994: 214).

Mas para cuidar, é necessário comunicar bem, já que a comunicação nas suas diferentes formas serve para legitimar discursos, comportamentos e acções. A aptidão para comunicar a um nível superior é o que distingue o Homem dos animais. Comunicar é um processo dinâmico, verbal ou não verbal permitindo que duas pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações.

A comunicação compreende também o toque, o olhar e muitas vezes até o silêncio. A forma de comunicar envolve factores como a inteligência, a percepção, as emoções, o ambiente, a educação e o estatuto social, não só do emissor com do receptor.

Muitas vezes é necessário escolher a forma de comunicação de acordo com quem nos está a ouvir, para assim a nossa mensagem ser recebida. A capacidade de comunicar de qualquer forma, enriquece a vida e a qualidade dos cuidados à pessoa idosa. A dificuldade que os idosos podem ter em comunicar compromete-lhes a auto – estima, criando barreiras e muitas vezes sentimentos de ira ou indiferença, que podem resultar no isolamento social ou mesmo alienação.

A problemática da comunicação nos cuidados da pessoa idosa, é uma questão que interessa a todo o pessoal de saúde envolvido nos cuidados, mas é de particular interesse para o pessoal de enfermagem dado que, como fundamentam a sua prática na comunicação, e detêm um papel de charneira na equipa de saúde, são quotidianamente confrontados com as questões que os utentes lhes colocam.

Ao longo dos anos de profissão temos vindo a interessar-nos pela problemática da terceira idade, e nesse sentido, efectuamos a especialidade em Enfermagem médico – cirúrgica na componente dominante geriatria – gerontologia, e prestamos serviço em regime de voluntariado, num Lar de idosos como coordenador de uma equipa de enfermagem.

Dado o interesse pessoal pelos cuidados aos idosos e certos, de podermos dar algum contributo para o aprofundamento e clarificação desta problemática, decidimos enveredar por um estudo de tipo exploratório e descritivo centrado no tema: “***A Importância da comunicação no cuidar: perspectiva do idoso e do cuidador***”.

Pretendemos conhecer a percepção dos idosos e dos enfermeiros acerca do processo de comunicação no acto de cuidar.

Neste sentido propomo-nos desenvolver este estudo com os seguintes objectivos:

- Conhecer o significado que os Enfermeiros atribuem à comunicação no processo cuidativo;
- Conhecer o significado que o idoso atribui ao processo de comunicação de que é alvo quando é cuidado;
- Detectar discrepâncias das duas perspectivas cuidativas, a dos idosos e a dos enfermeiros;
- Pretendemos também compreender as relações e interacções que se estabelecem entre os dois componentes.

Neste estudo iremos desenvolver um quadro teórico que o sustente, e um trabalho de campo num lar de idosos.

Estruturaremos este trabalho em duas partes, onde englobaremos quatro capítulos.

A primeira parte constituirá a fundamentação teórica essencial para a compreensão deste estudo incluindo dois capítulos:

No primeiro capítulo, que denominaremos por “*Noções gerais do envelhecimento*” faremos uma abordagem genérica da problemática do envelhecimento, focando alguns aspectos demográficos, o conceito de idoso e de envelhecimento.

No segundo capítulo, “*Enfermagem e os cuidados aos idosos*”, abordaremos os aspectos mais relevantes para perceber o conceito de enfermagem e de cuidar, assim como a importância da comunicação no acto de cuidar.

A segunda parte, constituída também por dois capítulos, é dedicada ao trabalho de campo que realizaremos sobre a importância da comunicação no cuidar.

Privilegiaremos o paradigma qualitativo já que é a investigação que nos permite recolher dados junto dos sujeitos neste contexto particular e que nos possibilita a compreensão do fenómeno em estudo.

Este estudo vai incidir sobre dois grupos, mais concretamente um grupo de idosos e outro de enfermeiros que trabalham com idosos. É nossa intenção no grupo dos idosos saber o motivo que os levou à institucionalização, o seu grau de satisfação ou insatisfação da nova situação e percebermos quais as dificuldades que percebem quando dos cuidados. Relativamente aos enfermeiros pretendemos conhecer as suas opiniões acerca do processo de comunicação que estabelecem com os idosos e as dificuldades encontradas bem como as formas de as ultrapassar.

Os dados serão recolhidos através de entrevista semi-estruturada, e a informação recolhida será posteriormente tratada através da análise de conteúdo.

No primeiro capítulo, apresentaremos a finalidade e os objectivos do estudo, bem como as opções metodológicas no que se refere ao tipo de estudo, local em que se realizou, população escolhida, recolha de informação, etapas do estudo e a metodologia utilizada para o tratamento da informação.

No segundo capítulo, efectuaremos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos.

Seguidamente apresentaremos as conclusões. É certo que respostas e soluções definitivas, não esperamos alcançar, mas, se contribuirmos para uma melhoria da qualidade dos cuidados aos idosos, daremos por conseguidos os objectivos.

Por fim, serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste trabalho.

# Primeira Parte – Fundamentação teórica

## CAPITULO I – NOÇÕES GERAIS DE ENVELHECIMENTO

Neste capítulo abordaremos sumariamente o processo de envelhecimento fazendo umas breves referências ao envelhecimento demográfico e suas implicações, o processo de envelhecimento, e os conceitos sobre idoso e envelhecimento.

### 1 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E SUAS IMPLICAÇÕES

A perspectiva demográfica de analisar determinados problemas sociais, nomeadamente o que se refere ao envelhecimento, tem merecido pela sociedade em geral uma maior atenção nos últimos tempos. A questão do envelhecimento demográfico não é excepção.

O conceito de envelhecimento demográfico assenta no aumento relativo das pessoas que ultrapassaram o limiar dos 65 anos. Parece entrar em contradição com um outro fenómeno demográfico que é a esperança de vida, isto é, o aumento do número de anos que contamos viver depois de atingir uma determinada idade. Em nosso entender isto leva, a que, ao ser o envelhecimento demográfico construído somente sobre o factor idade, não a avalia em termos da qualidade dos anos vividos.

Actualmente é – se velho por imposição de política de trabalho, isto é, sem critérios biológicos que definam a velhice. Cronologicamente está definida a partir dos 65 anos, mas estes nem sempre coincidem com a idade biológica.

*“É-se jovem biologicamente até cada vez mais tarde, e velho, socialmente até cada vez mais cedo”.* (Fernandes 1999:9).

É necessário ter presente que os idosos de hoje, diferem dos das gerações passadas. Qualquer limite para definir pessoa idosa, é sempre arbitrária, isto é, não tem em conta a sua dimensão biológica, física e psicológica.

*“O envelhecimento de uma população, traduz-se pelo aumento relativo do número de pessoas idosas em relação ao conjunto da população”* (Berger 1995: 87). Isto significa por um lado, uma diminuição relativa do peso dos jovens, e por outro lado, o aumento da importância relativa dos idosos.

Esta percepção do envelhecimento da população em geral, ou seja o envelhecimento demográfico, é uma característica dos países desenvolvidos. Mas quando se fala de população idosa é preciso estar alerta pois não existe consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos, que devem sustentar a análise do envelhecimento.

A ONU para definir população idosa adopta os 60 anos ou mais, mas já nos cálculos dos indicadores de dependência, considera a população com 65 e mais anos, assim como a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Em Portugal segundo os últimos censos (2001) do Instituto Nacional de Estatística (INE) o grupo de idosos não parou de crescer. Elevou-se de 13.5% para 16.47% relativamente à população global.

De facto, o número total de indivíduos com mais de 65 anos aumentará para mais de dez milhões nos próximos 30 a 40 anos. Este crescimento não pode ser considerado como uma crise, mas sim um sinal de êxito, obtido no passado e um desafio para o futuro (Hall e al. 1993).

Os mecanismos fundamentais aos quais se deve este envelhecimento populacional são bem conhecidos. A industrialização promoveu melhorias na Saúde Pública educação para a saúde, melhoria das redes sanitárias entre outras que associadas ao avanço das ciências médicas, levou a uma diminuição acentuada da mortalidade.

Durante muito tempo pensou-se que esta “explosão demográfica da 3ª idade” era uma consequência directa do aumento da esperança de vida. Mas hoje sabe-se que o aumento da proporção dos idosos, não é devida somente a esta, mas essencialmente a um declínio da natalidade que se foi agravando nas últimas décadas. (Nazareth, Hall e al 1993).

Uma redução no número de nascimentos, produz na estrutura etária de uma população uma redução progressiva dos efectivos mais jovens (envelhecimento da base) e conseqüentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos (envelhecimento do topo), dados referidos por Fernandes (1997) e Paul (1997).

Mas o fenómeno do envelhecimento demográfico, não é um processo exclusivamente natural. Os movimentos migratórios e a emigração levam a que haja diferenças regionais importantes. Por exemplo um país altamente industrializado é receptor de mão-de-obra, terá um aumento da população jovem, com diminuição proporcional dos idosos. Ao contrário, um país com fracos recursos, logo exportador de mão-de-obra, irá existir uma tendência para o aumento da população idosa.

Encontramo-nos assim perante um fenómeno em que uma população independentemente da fecundidade, pode envelhecer ou rejuvenescer, dependendo dos movimentos migratórios Paul (1997).

Um outro aspecto é a diferença relativa ou sexo. Ao longo deste século, a taxa de mortalidade das mulheres tem sido muito diferente da dos homens, com variações consideráveis na esperança de vida. *“Esta desigualdade leva a que a maioria da população mais idosa e mais debilitada seja do sexo feminino”*. (Fernandes 1997:41)

A diferença entre os sexos, é importante, pois as mulheres idosas também são mais incapacitadas do ponto de vista funcional e os seus recursos económicos são menores, necessitando de uma maior ajuda de terceiros. Este fenómeno observa-se tanto nos países ricos como nos pobres.

No Reino Unido foi efectuado uma projecção estimativa da população para um período de 40 anos (1991-2031). Aí podemos observar que não haverá um grande aumento da população na faixa dos 65 anos mas os indivíduos entre os 80 e os 85 anos continua a subir. É de notar também que o rácio mulheres/ homens mudará da sua actual proporção de 1/3 para 1/2 (Hall e al 1993- Censo estatístico anual, 1992 Tradução 1997).

As estatísticas portuguesas sobre esperança de vida colocam em evidência duas realidades da população idosa: uma forte feminização, e o número crescente de idosos muito idosos (INE 2001).

Estes dados levam-nos a pensar nos desafios que se irão colocar em termos de Serviços Sociais. Pois conjugam-se o envelhecimento demográfico em franco crescimento, com um Estado – Providência cujas competências têm vindo a crescer, no sentido de dar uma maior importância às políticas sociais da velhice.

Mas o problema que se adivinha é o colapso dos sistemas de protecção pois o desequilíbrio entre o aumento das despesas sociais e desaceleração do crescimento económico tem se vindo a agudizar.

O envelhecimento da população repercute-se imediatamente no regime de reformas e de recursos aos idosos. *“Historicamente, o problema social da velhice estava associado à miséria em que se encontravam não só porque deixando de trabalhar não usufruíam de quaisquer bens sendo afastados dos circuitos de produção mas também porque os próprios familiares tinham fracos recursos, provocando situações de extrema pobreza”* (Fernandes 1997:17).

Actualmente, com o surgir do regime de reformas, vai sendo transferido para o Estado a responsabilidade de promover o bem-estar da pessoa idosa.

A conservação do limiar de idade fixa para a passagem à reforma vai agravar a incapacidade financeira dos sistemas de segurança social. Logo, o peso económico para a colectividade é cada vez maior. Contraditoriamente, a actual organização económica das sociedades modernas, tem contribuído para desvalorizar o trabalho dos mais velhos, que são precocemente atirados para a reforma. Vive-se mais tempo, com mais qualidade, mas fica-se incapaz cada vez mais cedo.

Vários mecanismos podem ser accionados para “contrariar” ou retardar este peso, desde alterar a idade da reforma, manter as pessoas idosas em actividade, exercendo funções adaptadas à sua idade e condições físicas, até ao rejuvenescimento da população promovendo a maternidade.

A abertura à imigração poderia ser também uma forma de revitalizar as estruturas demográficas envelhecidas. Mas poderia trazer algumas consequências indesejáveis.

Sejam quais forem as situações alternativas, estas devem ser avaliadas cuidadosamente, com objectividade e profunda humanidade, pois, como diz Grande “*É necessário reequacionar as práticas sectoriais desde as da saúde às da família, às culturais, do trabalho às da saúde, de forma a contemplar os idosos na respectiva especificidade*”. (1994:6)

Os cidadãos idosos constituem hoje, nos países desenvolvidos, um grupo importante sob o ponto de vista social, cultural, económico, político e ético. *Social*, pelo seu numero que é elevado, em Portugal por exemplo os idosos representam já 16,47% da população total como já foi referido anteriormente. *Cultural* pelos seus conhecimentos e pela sua disponibilidade. *Económicos* pelo seu consumo. *Político* pelos seus votos, e sob o ponto de vista *Ético* pelo seu descomprometimento. (Pimentel 2001).

Atendendo aos pressupostos enunciados, o envelhecimento é, inequivocamente uma das mudanças mais relevantes deste século, no que respeita à estrutura populacional mundial.

As consequências que advém do envelhecimento populacional são várias:

*Consequências económicas:* Nas sociedades industriais em que impera a economia de mercado, e onde a revolução tecnológica é primordial, ser-se velho é ser-se inútil, é sinónimo de obsoleto, pois perdem as suas capacidades funcionais. O surgimento das reformas ou pensões de velhice, que teve a sua origem no período da revolução industrial tinha com finalidade, suprir as necessidades daqueles que chegavam ao fim da vida activa, Fernandes (1997).

Mas a diminuição da população activa e o aumento da população dependente acarreta um aumento das despesas do Estado (Segurança Social). Não só nas reformas mas essencialmente no aumento das despesas com a saúde. Pois com o aumento da esperança de vida, os idosos tornam-se mais vulneráveis ao aparecimento de doenças.

Existe no grupo etário dos idosos um maior consumo de cuidados de saúde a nível hospitalar, ambulatorio e domiciliário. Deveria ser no último que recaísse a maior fatia de despesas pois sabemos que “o domicílio, é na saúde e na doença o local a privilegiar na assistência e apoia ao idoso” (Ermida 1995:64), mas no sistema de saúde actual os idosos sentem-se “abandonados” pois apresentam grandes dificuldades em se deslocarem aos centros de saúde.

*Consequências sociais:* Com já foi dito o aumento de pessoas idosas é um dos aspectos críticos das sociedades industriais. A velhice nas sociedades tradicionais era do âmbito estrito da família, era aqui que se discutiam e resolviam os problemas daí decorrentes. Actualmente podemos dizer que o problema social do envelhecimento assenta também na profunda alteração que sofreu o conceito de família e solidariedade.

O processo de *desfamiliarização* termo utilizado por Remi Lenoir (1985) e citado por Fernandes (1997) que significa perda das bases sociais em que assenta a família tradicional com ruptura da solidariedade familiar, assim com a entrada em vigor das reformas e seguros sociais, tende a fazer sair da esfera familiar o encargo económico dos idosos, transferindo essa responsabilidade para o Estado.

Os idosos, cada vez são mais idosos e portanto sujeitos a um grau de dependência difícil de suportar pelo agregado familiar, pelo que se torna essencial o desenvolvimento de redes de apoio – Instituições de apoio à terceira idade.

*Consequências sanitárias:* O aumento crescente, do número de idosos, nomeadamente os muito idosos, é hoje uma realidade universal. Contudo sabemos que o prolongar da vida vai trazer outro tipo de problemas, nomeadamente a nível sanitário.

Não há dúvida, que as pessoas vivem mais tempo, ainda que o viver mais, signifique tornar-se mais vulnerável, em especial o grupo etário dos mais idosos, isto é, aqueles que ultrapassam a faixa dos 80 anos.

Com a idade tornam-se mais frequentes as doenças crónicas assim como as intercorrências agudas, levando a uma maior procura dos cuidados de saúde.

Vai surgindo o interesse em programas de prevenção, quer para evitar o envelhecimento precoce, quer evitando o aparecimento de doenças, que possam ser prevenidas.

Neste contexto a OMS lançou em 1995 um novo programa de saúde para a terceira idade, no qual, entre várias medidas, destaca a importância por exemplo do exercício na prevenção de determinadas doenças. (Kalache 1996).

*Consequências éticas:* A problemática, difere nas diferentes sociedades, decorrendo das políticas económicas e sociais de cada País.

Os aspectos éticos mais importantes em geriatria vão desde a intensidade dos tratamentos efectuados, à profundidade do estudo para diagnósticos, às medidas de reanimação, com medidas muito agressivas, até aos custos a que tudo isto nos leva.

Contudo não podemos esquecer que seja qual for a situação do idoso é importante preservar a sua autonomia, mesmo que isto implique alguns gastos.

Assim, devemos antes de mais respeitar e ajudar os idosos na sua decisão, e ajustar os tratamentos e cuidados mais adequados.

## 2 – CONCEITO DE IDOSO E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Várias têm sido as definições propostas para “*velhice*”: Galeno no séc. II considera velhice como algo intermédio entre a saúde e doença. Roger Bacon (1214-1292) exagera ainda mais a ideia e identifica a velhice com uma enfermidade. “*O gerontólogo Lansing define-a como um processo progressivo de mudança desfavorável normalmente associada ao passar do tempo que se torna manifesta depois da maturidade e que desemboca invariavelmente na morte*”. (Diaz 1981:16).

Segundo Diaz (1981), em diversos momentos da história e das diferentes civilizações, a velhice pode ser venerada ou pelo contrário menosprezada. No primeiro caso a velhice confere importância social e o velho tem vaidade em sê-lo, é a idade do equilíbrio, da sabedoria, é a época melhor da vida. A ele compete governar. No segundo caso o velho é condenado a um mero vegetar, limita-se a esperar a morte. Já não tem lugar na sociedade.

A evolução processa-se pelo que vimos, segundo uma repetição infinita de ciclos. Nas civilizações primitivas em que o homem era essencialmente nómada, os idosos eram votados ao abandono pela tribo pois com a idade perdiam as capacidades físicas ficando incapazes de os acompanharem, logo a sua sobrevivência não era prioritária e os cuidados caso deles precisassem eram da responsabilidade da família ou mesmo individual.

Quando as tribos se sedentarizaram os idosos passaram a ocupar um lugar privilegiado na sociedade. Aqui ser-se velho era ser-se sábio, era ter-se a mais valia do tempo o que fazia do velho o conselheiro, o amigo: A memória das gerações.

A partir das civilizações da antiguidade os povos começaram a criar mitos e divindades pelo que os dirigentes destes povos exigiam que se fosse respeitoso para os idosos e que cuidassem deles, pois a velhice era vista muitas vezes relacionada com o mundo sagrado e com a magia ao idoso atribuía-se um papel de dirigente pela experiência e sabedoria que lhe era concedida pela sua longevidade. O cuidar dos mais velhos era um dever da comunidade.

À sensação de inutilidade que os idosos sentem na sociedade contemporânea junta-se o medo perante o futuro. Teme ver-se submetido à tutela dos seus filhos e netos ou à sociedade ainda mais fria. Teme a morte, mas talvez ainda mais a vida que lhe resta viver e que não tem muitos aliciantes para eles.

*“Só a sociedade faz sentir-se inútil os velhos fisicamente sãos, e é também a sociedade que, primeiro de modo inconsciente, por ventura em breve conscientemente, determinará o fim da sua existência”.* (Diaz 1981:47).

Simone de Beauvoir, citada por (Deecken 1998:9), no seu estudo “La vieillesse” pinta um retrato melancólico da atitude das sociedades ocidentais em relação à pessoa idosa. Os idosos, diz ela “não são tratados muitas vezes como seres humanos. A idade na nossa sociedade é uma vergonha, ou pelo menos um empecilho sobre o qual não se fala”.

### 3 – CONCEITO DE ENVELHECIMENTO

Quando se fala em processo de envelhecimento, não podemos deixar de referir alguns dos conceitos, que consideramos importantes para a compreensão dos termos utilizados.

Na cultura helénica e no império romano existiam normativas médicas e filosóficas em relação à velhice, e um sem número de vocábulos que a ela se referiam por exemplo *geron—gerontos* (anciãos). Foi este vocábulo que deu origem aos termos *gerontologia e geriatria*. (Berger: 1995)

**GERONTOLOGIA:** é a ciência que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos, e do homem em todos os seus aspectos: Biológicos, psicológicos, sócio económico e culturais. Sendo portanto a gerontologia, de um âmbito tão alargado, é através da sua interligação com as diversas ciência, que se tenta solucionar a diversidade de problemas que derivam do envelhecimento. De acordo com Berger (1995), é uma ciência relativamente recente, descrita pela 1ª vez em 1901, que apresenta um campo de investigação imenso. A gerontologia abarca o estudo de quatro aspectos do envelhecimento: O envelhecimento físico, psicológico, comportamental e também o contexto social do envelhecimento.

**A GERIATRIA:** Representa o aspecto terapêutico da gerontologia. Designa, no sentido estrito do termo, os cuidados a prestar aos idosos. E de uma maneira mais abrangente podemos defini-la como sendo o ramo da medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença dos idosos. Este termo foi pela primeira vez descrito no início do século XX, numa obra escrita por I. L. Nascher no qual ao falar de geriatria “*se referia ao cuidado a prestar a idosos, doentes e inválidos*”. (Pérez 2000:3)

**SENESCÊNCIA:** Este termo refere-se ao envelhecimento normal.

**SENILIDADE:** É sinónimo de envelhecimento patológico.

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte.

É assim impossível detectar o seu início, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico e sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo. (Fontaine 1999).

Envelhecer, é um processo normal que dura toda a vida. Os comportamentos, e experiências familiares, psico-afectivas, laborais e sociais que se viveram, e a maneira como nos marcaram, são factores determinantes na maneira como envelhecemos. Por esse motivo, o envelhecimento é um processo que se prepara ao longo da vida.

O envelhecimento tem a sua origem nas modificações que se produzem na estrutura das células do organismo ao longo da vida. Envelhecer, implica certas perdas físicas, mentais e sociais que juntamente com os factores extrínsecos vão provocar reacções de medo, angustia, solidão e dor pela tomada de consciência do aproximar da morte.

Das variadíssimas definições encontradas a que nos parece mais adequada é a que considera o envelhecimento como a incapacidade do organismo para se adaptar às condições variáveis do meio ambiente (Ladilas 1994). É uma definição pouco precisa, mas reflecte a dificuldade que há para de uma maneira perceptível abarcar o conceito de envelhecimento.

Mas podemos dizer que se começa a envelhecer quando se pára de crescer. Logo ninguém escapa ao envelhecimento: trata-se de um fenómeno universal, mas também individual, significando que cada pessoa envelhece de forma diferente.

Envelhecimento não é sinónimo de velhice. Littré, em 1878, no seu famoso dicionário definia envelhecimento com: *“a ultima idade da vida fixando-se o seu começo aos 60 anos, podendo ser mais ou menos retardada ou avançada por uma série de circunstâncias”*.

Outra definição interessante é de Disraeli – Lord Beaconsfield – Primeiro-ministro da rainha Vitória, que caracterizava o envelhecimento em três períodos: No primeiro, o velho toma consciência da diminuição das suas capacidades. No segundo, o velho e as pessoas que o rodeiam, têm consciência dessas limitações e no terceiro, só as pessoas que rodeiam o idoso, têm consciência da diminuição das suas capacidades, (Ladilas 1994)

“O envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio mas cujo mecanismo permanece desconhecido” (Kirkwood 1988) e citado por (Paul 1997:10).

A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento, (Birren e Cunningham 1985)

Ao estudar o envelhecimento, há autores que sugerem a divisão entre o envelhecimento primário, que seria o normal e sem doenças, o secundário, que se refere a um envelhecimento relacionado com a doença e o terciário relativo a um período, mais ou menos longo, próximo da morte, em que havia uma deterioração, de aspectos geralmente considerados como não variando com a idade, para níveis superiores de desempenho, (Birren e Cunningham 1985)

Grandes investigadores do séc. XIX, como Charcot, contribuíram para dar uma imagem negativa do envelhecimento. Para este o envelhecimento era considerado um percurso individual, a diferença resumia-se apenas a uma questão de tempo, pois toda a velhice termina num estado patológico.

Mas este conceito, evoluiu para uma representação mais positiva, e os trabalhos efectuados depois da 2ª Guerra Mundial, mostram já que o envelhecimento deve ser encarado como uma fonte de inúmeras oportunidades no sentido de uma melhoria da qualidade de vida alcançada.

Aparecem já os conceitos de *envelhecimento normal* ou *senescência* e o de *envelhecimento patológico* ou *senilidade*.

Perante o panorama relativamente optimista, de que todos temos o envelhecimento como certo, e sabendo que a esperança de vida tem vindo a aumentar, há que ter objectivos. Assim sendo, a Organização Mundial da Saúde (1998) considerou que um dos principais objectivos da investigação das ciências da vida, seria aumentar a *expectativa de vida activa*, ao contrário do anterior que era aumentar a *esperança de vida*.

Os efeitos do envelhecimento não são homogéneos. Não existem duas pessoas iguais perante este fenómeno. Logo é necessário manter as pessoas idosas activas e a viver com qualidade numa fase da vida que inevitavelmente tem características próprias.

O envelhecimento saudável, isto é o envelhecimento normal, sem patologias ou com o mínimo de patologias, é diferente da senilidade. Não é o envelhecimento por si só que conduz à incapacidade e à doença, Há que compatibilizar o envelhecimento com qualidade de vida que permita *envelhecer com sucesso*.

Para Deeken, “*Se o sucesso ou insucesso, na velhice dependem tanto do facto de alguém poder permanecer intelectualmente vivo, apesar das deficiências crescentes, então parece-nos importante que o homem se prepare para a velhice desenvolvendo as possibilidades psicológicas, intelectuais e espirituais o mais amplamente possível*”. (1998:38)

Aceitando que o envelhecimento traduz um processo individual, que a idade cronológica não é indicador exclusivo da idade biológica, e que os chamados comportamentos dos idosos não são mais do que processos normais do processo de envelhecer, coloca-se a questão de «*como obter um envelhecimento bem sucedido?*»

O grande filósofo romano Cícero (106-430 a.C.), foi provavelmente o primeiro a realizar um ensaio sobre a questão do *envelhecimento bem sucedido*. O trabalho intitula-se: *De senectute*. A velhice é aí apresentada como um fenómeno muito variável de indivíduo para indivíduo. Este afirma que “*na origem de todas as lamentações acerca da velhice está o carácter e não a idade. Quatro são as causas pelas quais se considera a velhice miseranda: afastamento da vida activa, debilidade do corpo, privação de quase todos os prazeres, estar perto da morte. Existe no entanto a velhice plácida e*

*serena quem teve uma existência tranquila, honesta e digna”* (Baracco 1990:31).

O conceito de envelhecimento bem sucedido está cada vez mais a tornar-se familiar entre os vários especialistas em geriatria. Porque, apesar de a partir da 2ª Guerra Mundial a esperança de vida ter aumentado significativamente não é a todos que acontece nas melhores condições de saúde. Mas para que os anos que se vivem a mais se vivam com qualidade é necessário que se invista mais na investigação do processo de envelhecimento.

Na prática o que significa «*um bom envelhecimento*»? Para (Baracco 1990:32) significa:

1. “Prevenção primária: descobrir os sintomas negativos regulando bem a vida, trabalho, tempo livre e actividade física.
2. Prevenção secundária: tratar os males físicos e psíquicos logo que apareçam.
3. Prevenção terciária: reabilitação e recuperação da saúde física, psíquica e social do idoso.”

Podemos afirmar que o envelhecimento bem sucedido é caracterizado por:

- a) Conservação da auto-estima;
- b) Manutenção com autonomia das actividades físicas e mentais;
- c) Conservação do padrão de vida num ambiente de bem-estar.

Assim, para que este envelhecimento bem sucedido aconteça é necessário intervir a nível do envelhecimento primário condicionado por efeitos cumulativos de alterações biológicas e do envelhecimento secundário que é consequência de acumulação de efeitos traumáticos de doença a adquirida.

A velhice é aquilo que cada um dela fizer. Mas, para além disso, é necessário não a sentir como uma decadência. Na verdade, pode-se permanecer jovem física e intelectualmente se para tal o providenciarmos. Os meios são numerosos, e a sua eficácia conhecida. Deve vigiar-se a saúde, providenciar uma alimentação saudável e mais importante procurar manter as faculdades intelectuais.

Birram e Cuningham (1985) consideram que cada indivíduo não tem uma, mas três idades diferentes: *A idade biológica* que está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações o que provoca uma diminuição da capacidade funcionamento. É ela o testemunho da expressão daquilo que Busse (1989) chamou o «*envelhecimento primário*». *A idade social* refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade. Certas pessoas, quando chegam à idade da reforma consideram-se mortas socialmente. São muitas vezes, vistas como inúteis. A idade social está assim associada ao papel que a sociedade lhes atribui. *A idade psicológica* está relacionada com as competências comportamentais que as pessoas podem mobilizar em resposta às mudanças de ambiente. Inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações.

Mas para (Ballesteros 2000:30) a idade efectiva de uma pessoa pode analisar-se em quatro perspectivas: *idade cronológica, idade fisiológica, idade psíquica e idade social*. *Idade cronológica* Representa o número de anos que vão desde o nascimento ao momento actual. É o que determina a velhice de uma forma mais simples. A passagem da idade adulta para a velhice pode fazer-se de uma forma gradual, e suave ou ser tão rápida e intensa que pode ser traumatizante.

O ciclo vital desenvolve-se por etapas, da mesma maneira que se vive a passagem da infância à puberdade e variando de indivíduo para indivíduo o mesmo acontece quando se passa da idade adulta para a velhice.

Na idade cronológica englobamos os quatro estádios do desenvolvimento do Homem: A infância, a juventude, a idade adulta e velhice. *Idade Fisiológica*, diz respeito ao estado de funcionamento orgânico e é o que determina nos indivíduos a sua idade biológica. As mudanças que se produzem em todo o organismo, são de aparecimento gradual, mas podem alterar a imagem corporal modificando a auto-imagem. *Idade psíquica*: Somente podemos diferenciar o idoso do adulto a nível psíquico pelos efeitos que a passagem dos anos produz. *A Idade social*, difere nos diferentes países e altera-se segundo as necessidades económicas e políticas de momento. Esta está marcada pelo término da actividade profissional, não dependendo das capacidades e aptidões frente às possibilidades em as executar.

Townsend, citado por (Costa 1998), considera que o envelhecimento deve ser entendido como a passagem de um papel fundamentalmente profissional para um papel familiar. O idoso teria uma função de ajuda e colaboração, e não tanto a função tradicional de transmissão de saberes e experiências às gerações mais novas.

O envelhecimento não é o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas o resultado da nossa hereditariedade, o meio físico e social no qual se exprimem as predisposições genéticas e também no caso do homem as interferências do pensamento e escolha. (Birren 1985)

## 4 - ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO E PSICOLÓGICO

Apesar de ser evidente convém recordar desde logo que o envelhecimento é indissociável do facto de todos os organismos vivos serem mortais, e que o fim natural do processo de envelhecimento é a morte.

Mas porque envelhecemos? O processo de envelhecimento é uma preocupação constante para os investigadores e várias têm sido as teorias apontadas.

Raros são os que apontam uma teoria única para este processo, mas sim um imbricado sistema de mecanismos que na sua evolução natural culminam na velhice.

São inúmeras as investigações que apontam para o envelhecimento como um processo normal e universal intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento dentro da vida do Homem - Nascimento, Maturidade e Velhice.

Se queremos compreender a velhice é natural começar por assinalar as suas características. Sob o ponto de vista físico são muitas e de grande impacto social, embora, sejam muitas vezes as menos importantes.

Biologicamente, o idoso não é doente, caracteriza-se pela involução mais ou menos rápida dos seus órgãos. É verdade sem dúvida que também nós estamos sujeitos, como todos os seres vivos à biologia da senescencia, isto é, a uma contínua transformação das células e tecidos. As marcas do tempo notam-se mais precocemente em alguns órgãos mais do que noutros dependente de vários factores. (Baracco 1990)

O ser humano não envelhece de uma vez só mas sim de uma maneira gradual, sem que dê por isso. É um processo universal e está inserido dentro do ciclo de vida biológico: nascimento, crescimento e morte.

Para cada homem por razões provavelmente mas não exclusivamente genéticas, os sinais de envelhecimento aparecem em idades diferentes. O tempo não nos corrói a todos de igual forma. *“O meio social em que se vive, os acontecimentos cósmicos e outros, influenciam a nossa vida e a maior ou menor precocidade do aparecimento da velhice.* (Diaz 1981:27).

Podemos dizer que ser-se velho é sentir-se inútil, com uma inutilidade não provocada por doença, mas pela erosão que o tempo determinou não só na nossa corporalidade como no nosso espírito.

Vinculado a um processo de vida, o envelhecimento encontra-se ligado à própria noção de pessoa que varia nas diferentes sociedades. A concepção de pessoa surge associada a um ideal social. A categoria de pessoa é construída socialmente de diversas formas, e cada sociedade, cada momento tem a sua pessoa e portanto o seu envelhecimento.

Não são a idade nem os traços físicos que convergem nas diferentes etapas da vida, que diferenciam o idoso do homem maduro. Heidegger citado por Diaz (1981:50) definiu o homem de modo que pelo menos fenomenologicamente nos parece exacto: *“O homem é um futuro que foi. Para o jovem e adulto a sua vida está projectada no futuro ... uando o passado adquire para o homem mais importância, e predomina a nostalgia, começou a envelhecer... O seu futuro já não é uma série de projectos de esperança”.*

A maneira como se envelhece é diferente de pessoa para pessoa. Ao contrário da doença o envelhecimento é um fenómeno natural, devido às modificações fisiológicas que sofremos durante a vida.

Mas além destas modificações fisiológicas que pode ser considerado um processo individual, o envelhecimento é influenciado por processos externos tais com clima, agressões físicas e fisiológicas, radiações, estados nutricionais, educação etc.

Também o envelhecimento orgânico não é homogêneo. As causas para esta diferenciação podem ser de várias ordens nomeadamente: Causas genéticas, ausência de uso (atrofia muscular), Factores de risco (tabaco, excessos alimentares...) e doenças que podem acelerarem o processo.

O aumento espectacular da esperança de vida observada desde os meados deste século parece finalmente acelerar o processo de demarcação da geriatria de outras especialidades. Assim vários centros de investigação em Geriatria/ gerontologia têm trazido ao nosso conhecimento todas as alterações sofridas pelos organismos e que culminam no envelhecimento.

No plano fisiológico o envelhecimento causa mudanças estruturais e funcionais.

Admite-se hoje que as células isoladas do organismo mantidas em cultura, envelhecem a um ritmo que depende da idade do dador. As células têm uma sua longevidade com tempo definido diminuindo a sua capacidade mitótica com a idade chegando a um fim – morte celular ou morte programada = **apoptose**. Encontramos ainda alterações bioquímicas importantes que levam à desidratação celular com implicações graves nomeadamente a nível das células cerebrais. (Netto: 2000)

As alterações celulares podem dever-se à modificação das gorduras subcutâneas e à perda de elasticidade da pele, esta por aumento da lipofuscina e colagénio. Os músculos atrofiam-se com a idade, os ossos tornam-se mais porosos por perda de cálcio, e a distribuição das gorduras altera-se nos idosos. As articulações deformam-se por calcificação dos ligamentos. Com a idade há uma diminuição da elastina e do colagénio adelgaçando a camada epitelial, que com a incapacidade celular de hidratar a pele e a perda da produção de sebo encontramos nos idosos uma pele seca e quebradiça.

A gordura subcutânea também sofre alterações, desaparece da face e membros depositando-se no abdome e ancas.

Estas alterações da pele e tecido celular subcutâneo vão condicionar que os ossos se tornem proeminentes, levando ao aparecimento de rugas. Estas podem ser consideradas um dos primeiros sinais externos do envelhecimento.

As alterações estruturais são, regra geral, as que provocam as maiores modificações no aspecto exterior dos idosos, sendo por vezes difíceis de aceitar, embora não provoquem problemas de funcionalidade.

A nível orgânico pode-se dizer que todos os órgãos e sistemas sofrem alterações com o envelhecimento, uns mais cedo outros mais tardiamente, mas com o decorrer dos anos apresentam perdas funcionais significativas.

Não só se deterioram as funções cardiovasculares, cujo enfraquecimento será tanto maior quanto menor tenha sido a actividade física nas etapas anteriores da vida como mais tardiamente as actividades genitais e intelectuais. Em relação a estas ultimas a memória dos acontecimentos é afectada mais precocemente seguida da espontaneidade e da imaginação. E como diz Bergson citado por (Diaz 1981:23) *“esquecem-se primeiro e com relativa rapidez os nomes próprios, depois os comuns”*. Não é raro que se recordem de factos relacionados com uma pessoa determinada como a sua figura mas que lhes seja impossível recordar o nome.

A emotividade aumenta com a velhice. Todos sabemos com facilidade saltam as lágrimas a um idoso. As reacções emocionais são mais violentas e os ciclos de euforia alternam com os de depressão. Mas quanto mais elevado é o nível intelectual e, o que pode parecer estranho, a actividade física, será mais lenta o declínio das faculdades mentais. Tanto a actividade física como a intelectual, durante a juventude e idade madura são a melhor profilaxia da velhice. (Diaz 1981:24).

Também as faculdades sensoriais se deterioram: o poder de acomodação diminui logo diminui a visão. O olfacto e o paladar diminuem significativamente, sendo a surdez um dos problemas mais frequentes da velhice, sendo praticamente constante acima dos oitenta anos. *“Esta diminuição do poder sensorial, dos seus meios de comunicação com o exterior, vai isolando gradualmente o idoso do mundo que o rodeia, obrigando-o a fechar-se em si mesmo”*. (Diaz 1981:24).

Os sofrimentos morais actuam de modo análogo. Uma vida feliz, alegre e sã num bom ambiente familiar, permite superar as consequências desses sofrimentos inevitáveis que não dependem do próprio e que são mais frequentes quando a vida se prolonga.

Podemos dizer que envelhecer não é agradável para ninguém mas é uma realidade e não pode ser considerada uma doença. É um processo global de mecanismos de destruição e reparação desencadeados a ritmos diferentes em cada ser humano.

Temos que compreender que os processos de envelhecimento biológico não tem tratamento e não podem ser travados, mas podem por vezes ser modificados, isto é, teremos que reconhecer as mudanças associadas à idade para diminuir os efeitos negativos que produzem.

É importante que haja grupos multidisciplinares que estudem o processo de envelhecimento, de forma a aprofundar cada vez mais o conhecimento da fisiopatologia de forma a poderem ser propostas medidas profiláticas.

Devemos apostar portanto na prevenção, isto é levando os idosos a perceber os seus problemas físicos e as suas limitações, numa nova perspectiva de si próprios, modificando estilos de vida.

Sabemos que os grandes objectivos dos cuidados em gerontologia são favorecer a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

A autonomia é muito importante e deve ser conseguida, mas devemos considerar o idoso com um todo, pelo que não devemos esquecer que as alterações que acompanham o processo de envelhecimento condicionam o funcionamento mental e as suas capacidades intelectuais. A integração a nível social e familiar é necessária para minimizar o *irreversível envelhecimento*.

## CAPITULO II – ENFERMAGEM E CUIDADO AOS IDOSOS

O percurso histórico da enfermagem desenvolvido ao longo dos séculos, contribuiu para a consolidação de uma imagem que não é aquela que os profissionais desejam. Neste sentido, pensamos ser pertinente, fazermos uma abordagem do que foi o percurso desta profissão.

Podemos seguramente afirmar que a *enfermagem* se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros. A capacidade de cuidar de si próprio é uma actividade que só o desenvolvimento e a maturidade podem proporcionar. A pessoa tem necessidade de cuidados em determinadas fases da vida e em algumas circunstâncias: quando ainda não é capaz de cuidar de si (na fase inicial da vida), quando se torna incapaz por etapas transitórias, ou em circunstâncias definitivas de incapacidade (na fase final da vida). (Collière 1999).

Esta condição de fragilidade da espécie determinou que sempre houvesse necessidade de cuidados e que essa prática seja tão antiga como a própria humanidade.

Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparação e saberes. Cuidar é perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em sua dor e limitações. Percebendo isto, cada plano de cuidados passa a ser um conjunto dinâmico de factos e acções.

Mas para cuidar o enfermeiro tem que estar bem consigo próprio, tem de superar alguns desafios para poder exercer com precisão o seu papel como técnico que é, mas entende também que as técnicas só fazem sentido se forem contextualizadas, porque cada pessoa pode precisar de uma técnica diferente, ditada por necessidades particulares.

Perante esta conclusão coloca-se a questão de que forma e por quem esses cuidados têm de ser efectuados.

Quem é então o cuidador?

Para Silva e Gimenes (2000) tem de ser uma pessoa profundamente humana, que mantém o equilíbrio entre o seu eu interior – e vive em níveis profundos de auto aceitação – e o eu exterior – na medida em que se sintoniza com os outros em alto grau de empatia.

## 1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

O percurso da enfermagem ao longo dos tempos contribuiu para que a sua imagem se consolidasse. Sem sombra de dúvidas quando se usa o termo enfermagem, ele tem uma expressão significativa na sociedade actual.

Mas a grande figura da enfermagem é Florence Nightingale, a quem se deve a criação da primeira escola de enfermagem e a base da sua profissionalização. *“Enfermagem é a mais bela das artes e, considerada como tal, requer pelo menos tão delicada aprendizagem quanto a pintura ou a escultura, pois que não pode haver comparação entre o trabalho de quem se aplica à tela morta ou ao mármore frio, com o de quem se consagra ao corpo vivo. O cuidar do doente é tarefa que coube sempre à mulher e sempre se lhe deve caber.”* (Florence Nighingale 1820-1910)

Desde o século XIX altura em que este conceito de enfermagem foi descrito até aos nossos dias em que a OMS define enfermagem como: *“uma instituição indispensável na sociedade de hoje, destinada a acompanhar o indivíduo durante toda a sua vida, resultando daí a sua acção permanentemente dinâmica para poder responder numa constante adaptação às situações criadas pela própria vida”*, um longo caminho foi percorrido.

Como qualquer outra ciência a enfermagem tem vindo a tentar responder a algumas questões que procuram configurar a génese do seu aparecimento, evolução, e influencias assim como a situação paradigmática actual.

Podemos contudo afirmar que a Enfermagem se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros e nesse sentido, tal como sistematiza (Colliere 1999), os cuidados sempre existiram, a sua prática é tão antiga como a própria humanidade. E é nesta crença que os cuidados de enfermagem se têm desenvolvido ao longo dos anos, vindo a constituir-se como profissão já perto do séc. XX.

Durante séculos os cuidados não eram praticados por nenhuma profissão especial estavam destinados às mulheres pois estas enquanto os homens se dedicavam à procura de alimentos e na defesa, ficavam a cuidar dos filhos, dos doentes e dos mais velhos.

Com o desenrolar da Humanidade, os cuidados vão ganhando expressão diferente. E é com o cristianismo que a natureza dos cuidados toma outra dimensão.

Com a doutrina cristã, que assenta no amor e na caridade estes passam a ter um carácter altruísta puro, a igreja passou a assumir o cuidado dos doentes e dos mais desfavorecidos. Isto teve a sua expressão máxima no trabalho desenvolvido pelas Diaconisas. (Donahue 1985)

Várias foram as figuras da História que se dedicavam, e deram continuidade ao trabalho por elas iniciado, por um período que se estendeu até finais da Idade Média. Esta fase foi caracterizada por Collière com a identificação da prática dos cuidados com a mulher: *a mulher consagrada: “Assenta toda a sua prática profissional nos valores morais e religiosos que foram os da mulher consagrada”* (Collière 1999:77).

Para além da vida de oração a enfermeira religiosa prestava cuidados em hospitais, que eram essencialmente casas de caridade que recolhiam pobres e assistiam aos doentes. Surgem em Jerusalém as primeiras ordens hospitaleiras.

No séc. XIX, as Augustinas do Hotel de Dieu de Paris, tornam-se o modelo das congregações hospitaleiras, que, tendo por base a doutrina de Santo Agostinho, irão influenciar toda a concepção e prática dos cuidados. (Collière 1999)

Uma das mais interessantes e importantes organizações religiosas femininas que se dedicaram à enfermagem é a das Filhas da Caridade que, fundada por S. Vicente de Paulo em 1633 mantém ainda actualidade nos nossos dias.

S. Vicente de Paulo (1576-1660) organizou com Luisa de Marillac, uma ordem de enfermagem secular que se encarregava dos hospitais, dos asilos e também do trabalho paroquial. Prestando cuidados de enfermagem no domicílio. S. Vicente falava assim das Filhas da Caridade “*Seu convento deve ser a casa dos pobres; sua cela a câmara de sofrimento; sua capela a igreja paroquial; seu claustro as ruas da cidade e as salas do hospital*”. (Donahue 1985)

Também nesta época foi criada por S. João de Deus a primeira ordem religiosa masculina em Espanha.

S. João de Deus português de nascimento foi considerada figura impar e invulgar para o seu tempo, tornou o seu hospital num modelo de hospitalidade, através da adopção de normas de higiene, separando os doentes por patologias e assistindo os doentes mentais de forma mais humanizada.

Salvaguardando figuras de grande relevo e que hoje são marcos na enfermagem, podemos afirmar que ao longo da idade Média, os cuidados estavam essencialmente a cargo de religiosas ou outras embuidas de forte ideal religioso muito pouco existindo de cultura de enfermagem.

Nos séculos XVIII e XIX, os hospitais começam a ser locais de tratamento e de cura, onde os médicos começavam a ensaiar novos e variados tratamentos que advém das recentes descobertas em outras áreas, e que exigiam a colaboração de pessoas treinadas. Surge o conceito da *mulher enfermeira auxiliar do médico*, que desde finais do séc. XIX se estende até aos nossos dias. (Nogueira 1982)

A evolução dos cuidados, nos países protestantes foi um pouco diferente. Aqui eram prestados por leigos e com uma imagem pouco recomendável, sendo a assistência caótica levando a que voltasse a despertar o espirito das Diaconisas.

Uma das pessoas mais conhecidas foi o pastor Fliedner que, em 1836 fundou uma escola de Diaconisas com um hospital anexo que centrava a sua atenção no cuidado aos doentes - Instituto de diaconisas de Kaiserwerth. A iniciativa tornou-se célebre na história da enfermagem, pois alastrou a todos os países protestantes. (Donahue 1985)

Mas a grande figura da enfermagem moderna é sem dúvida, Florence Nightingale (1820-1910), devendo-se-lhe a criação da primeira escola de enfermagem, no Hospital de S. Tomás em Londres, e as bases da profissionalização.

A formação em enfermagem institucionaliza-se com a reforma de Nightingale, criando-se programas de formação que são construídos em torno do papel ideológico e moral da enfermeira, tendo por base os cuidados aos doentes na sua dimensão técnica, reforçando a identificação da prática dos cuidados com a mulher auxiliar do médico. No seu livro *“Notes on Nursing”* (1859) descreveu ideias inovadoras que permitiram orientar a prática dos cuidados, a formação e a gestão em enfermagem. (Graça 2002).

Mas foi com Hildegarde Peplau, que se iniciou verdadeiramente a teorização de enfermagem. Com a sua teoria *“Interpersonal Relation in nursing”*, esta introduz o modelo da relação interpessoal. (Peplou 1952).

Esta teoria de enfermagem é caracterizada por Meleis, citado por (Kérouac 1994), na *Escola da Interação*. A esta vieram juntar-se outras teóricas, que se inspiram nas teorias da interação, fenomenologia e do existencialismo, para tentar esclarecer a forma como se desenvolvem os cuidados centrando-se nos processos de interação entre os cuidadores e quem é cuidado.

Mais tarde surgem as ideias de Virgínia Henderson, cuja teoria se integra na *Escola das Necessidades*, onde se procura que o objectivo principal seja o restabelecimento da independência de modo a responder às suas necessidades básicas. (Kérouac 1994)

Muitas outras surgem tentando definir a enfermagem, no sentido de a caracterizar na sua essência.

De salientar *A Escola dos Efeitos Desejados*, *A Escola da Promoção da Saúde*, e mais recentemente a *Escola do Ser Humano Unitário*. Como representantes desta última escola podemos enumerar Marta Rogers, Parse e Margaret Newman, que consideram existir um processo de transformação contínuo, quer a pessoa a necessitar de ajuda quer quem ajuda, o enfermeiro, são parceiros nessa transformação.

De referir um grupo mais recente de teorias tais como as de Madeleine Leininger – *Teoria da Diversidade e Universidade dos Cuidados Transculturais*. As de Jean Watson - *Teoria do Cuidado Humano* e que estão sistematizadas na **Escola do Caring**, (Kérouac 1994:41).

Como vemos, pensar sobre a natureza da enfermagem é algo que se faz desde Florence Nightingale, apesar de esta se ter preocupado, já em 1859, com o facto da enfermagem apenas se parecer limitar a pouco mais que a administração de medicamentos. O papel da enfermagem hoje não tem qualquer semelhança com o de então, neste sentido e concretamente em Portugal nos últimos trinta anos que os enfermeiros manifestam a preocupação por aquilo que fazem, começam a definir-se conceitos e teorias, criando modelos, apoiando-se em outras teorias originárias das ciências sociais e humanas. Segundo nos refere Collière, “*apresentam em comum uma perspectiva de cuidados centrada na pessoa com sujeito activo desses mesmos cuidados e uma relação de parceria entre quem presta e recebe cuidados*”. (1989:154).

Na base desta interacção “*emergem duas correntes de pensamento presentes em quase todos os modelos: holismo e o humanismo*” O holismo refere-se ao estudo do organismo como um todo, ou de sistemas completos, o humanismo encontra-se associado de forma particular ao existencialismo, quando afirma “*que a corrente filosófica humanista assenta no valor do ser humano, na existência e qualidade dessa existência*”. (Pearson 1986:37)

Consideramos a enfermagem como uma profissão que é, simultaneamente, uma arte, de um conhecimento profundamente ligada à pessoa humana, aos seus valores fundamentais, às suas necessidades, fundamentando-se, a sua ciência no desenvolvimento de conhecimentos científicos e meios técnicos, que permitem a relação de ajuda na satisfação das necessidades fundamentais do indivíduo, família e comunidade de modo a criar condições para o restabelecimento do equilíbrio e da independência através da prática quotidiana do “*cuidar*” como atributo do ser humano. (Reis e Rodrigues 2002)

Mayeroff desenvolveu conceitos sobre o cuidar e procedeu à sua definição tendo em conta que cuidar é *“ajudar o outro a crescer e realizar-se”* (1990:1). Assim, cuidar tem consequências em quem é cuidado fomentando o crescimento e desenvolvimento de potencialidades, e quem cuida vivência, o significado da própria vida.

Na verdade, o homem, desde que nasce que sente a necessidade de ser cuidado pois *“Cuidar é um acto de vida, que tem primeiro e antes de tudo continuar a desenvolver-se e assim lutar contra a morte”*. (Heidegger 1989: 218)

A partir das obras de Nightingale, Henderson, Hall e Leninger entre outros teóricos de enfermagem, e apoiada nos seus conhecimentos científicos e humanísticos, Jean Watson apresenta-nos uma filosofia e ciência de cuidar em enfermagem, em que todas as actividades desenvolvidas são dirigidas para os valores no cuidar, *“o ideal e valor do cuidar é claramente, não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local, uma atitude, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos”*. (Watson 2002:60).

A pluralidade de conceitos sobre o que é cuidar tem suscitado algumas interrogações por parte dos enfermeiros pois consideram importante a sua definição.

Cuidar para alguns autores é uma característica humana, inata e universal, essencial, inclusivamente para a sobrevivência humana. (Reis e Rodrigues 2002)

O termo “cuidar” passou a fazer parte da linguagem corrente do enfermeiro. Considerado o tema central de grande parte da literatura mais recente muitos autores, nomeadamente Leninger (1994) e Watson (2002) consideram o cuidar como a essência da profissão de enfermagem.

Para Leninger (1994) o cuidado é o fulcro da essência da prática da enfermagem, e o objectivo desta é por sua vez proporcionar cuidados que se ajustem à realidade do utente. O cuidado pode ser entendido como o conjunto de fenómenos relacionados com a assistência e as condutas de apoio, dirigidas a outros indivíduos com necessidades reais ou potenciais, para atenuar, ou melhorar a sua situação humana.

Cuidar é intrínseco à própria natureza humana, sendo uma expressão dessa humanidade, torna-se essencial para o desenvolvimento e realização pessoal. Nesta perspectiva (Collière 2002:235) afirma que *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de Vida, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”*.

Watson (1998) fala-nos da necessidade de o enfermeiro desenvolver valores humanistas, tais como a amabilidade, o respeito, o afecto e a capacidade de gostar das pessoas e apreciar a sua diversidade e individualidade. O cuidado, o respeito, o conhecimento e a responsabilidade são para este autor componentes essenciais do amor e para Watson *“cuidar é amar”* (2002:61). Na verdade e de acordo com Erich Fromm, *“quem ama tem cuidado, pois amar é preocupação activa pela vida e crescimento de quem amamos”*. (Fromm 1991:38).

Roach citado por (Dutil 1993) diz-nos que o enfermeiro para poder cuidar deve ser compassivo e comprometido com o outro. Defende também que a enfermagem é a personalização da capacidade humana de cuidar através do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades, inerentes às actividades profissionais tornando-os capazes de cuidar de outros, de forma científica. O que quer dizer que sendo o cuidar inerente ao profissional de enfermagem é também considerada a sua essência. Afirma ainda que a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar.

Como se pode inferir para este autor, a enfermagem é a profissão que cuida. Com forma humana de ser e através do despertar dessa capacidade ou poder cuidar pela aquisição de conhecimentos e capacidades, habilidades cognitivas e afectivas específicas à prática de enfermagem como relação de ajuda.

Muita da investigação em enfermagem nos últimos anos tem girado à volta do cuidar. Janice Morse e colaboradores (1990) fizeram uma revisão da literatura sobre as teorias do cuidar e identificaram cinco conceptualizações diferentes do cuidar em enfermagem:

*Cuidar* como um traço humano, *Cuidar* como um ideal ou imperativo moral, *Cuidar* como um afecto, *Cuidar* como uma relação interpessoal, *Cuidar* com uma intervenção terapêutica. Identificaram também dois resultados do cuidar que são: cuidar como uma experiência subjectiva e cuidar como uma resposta física do doente. *Na perspectiva do cuidar com um traço humano* e fazendo parte da natureza humana torna-se essencial à existência.

Roach (1992) defende que a capacidade de cuidar não é igual em todos os indivíduos. Sugere que a experiência de ter sido cuidado, pode ter alguma influência. Mas defende também que esta capacidade pode ser desenvolvida, despertada ou mesmo inibida através de experiência educacional e principalmente quando em presença de modelos de “*cuidar*”. Refere o mesmo autor que o comportamento educativo em enfermagem é explicitamente manifestado através de atributos tais como: Compaixão, Competência, Confidência, Consciência e Compromisso. (Os cinco C’s)

Aqui compaixão deve ser entendida com uma partilha, pois todo o enfermeiro que visa a optimização dos cuidados partilha com o seu doente, as alegrias, as tristezas, a dor a confusão e a angustia. Isto não se aprende nos livros mas é o fruto da nossa vivência com os doentes do nosso crescimento, do nosso amadurecimento como pessoa e profissional.

Competência é a capacidade de ter todos os conhecimentos necessários para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais. Mas competência sem compaixão pode ser brutal senão prejudicial no mundo da pessoa que necessita de ajuda. Roach (1984) lembra ainda que houve tempos em que a “*robustez física e a amabilidade*” eram as maiores exigências para serem admitidos em enfermagem, mas hoje a prática requer um alto grau de habilidades cognitivas, afectivas e técnicas.

A confiança é a qualidade que promove relações onde as pessoas se sentem seguras, com confiança. Segundo Roach é impossível alcançar os objectivos da enfermagem sem assumir que esta deve ser praticada num ambiente de confiança e respeito mútuo. A confiança cuidativa alimenta a confiança sem dependência, comunica a verdade sem violência; cria uma relação de respeito sem paternalismos.

A consciência é um estado de conhecimento moral, é uma capacidade de dar, permite à pessoa que cuida conciliar-se com o aspecto moral do cuidar. Esta cresce fora da experiência é inata à pessoa humana.

O compromisso segundo Roach (1994) é uma resposta afectiva complexa caracterizada pela convergência entre desejos e obrigações, a mudança que o cuidar exige significa um escrupuloso acompanhamento e suporte da situação da pessoa cuidada.

Também para (Benner e Wrubel 1989:398) cuidar “*é um modo básico de estar no mundo que toda a prática de enfermagem envolve*”. Referem também que a capacidade da pessoa para cuidar é aumentada através da aprendizagem, reflectindo níveis diferentes de perícia na compreensão do doente.

Na perspectiva do cuidar como um imperativo moral os autores que o defendem acreditam que cuidar é essencialmente a adesão a um compromisso de manter a dignidade do indivíduo que dele necessita.

Watson (2002) defende que cuidar é um termo pertencente à enfermagem e representa todos os mecanismos que os enfermeiros utilizam para proporcionar cuidados de saúde. Mas para atingir os objectivos propõem vários factores cuidativos dos quais destacamos:

- “1 - Formação de um sistema de valores humanísticos e altruístas;
- 2 - Instalação de Fé e Esperança;
- 3 – Cultivo da sensibilidade para consigo e para com os outros;
- 4 – Promoção e aceitação de expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 5 – O uso sistemático do método científico para a resolução de problemas e tomada de decisões;
- 6 – Promoção do ensino e aprendizagem interpessoal;
- 7 – Ajuda nas necessidades humanas;
- 8 – Aceitação de forças existenciais fenomenológicas;
- 9 – Desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança;
- 10 – Provisão de um ambiente de apoio e protecção mental física e espiritual”. (Watson 2002:130)

Cada um destes factores descreve o processo de cuidados através do qual o doente alcança ou mantém o seu estado de saúde, ou morte pacífica.

Os autores que definem o cuidar como um afecto, consideram que a natureza do cuidar, implica envolvimento emocional ou empatia com o doente. (Mc Farlane 1976:49) refere que *“cuidar significa um sentimento de preocupação e interesse de vigilância com vista à protecção”*.

Para aqueles em que o cuidar é uma relação interpessoal querem dizer que a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente é a essência do cuidar. Assim cuidar envolve tanto, sentimentos como comportamentos que ocorrem durante o estabelecimento dessa relação.

O grupo de teóricos que defende o cuidar como uma intervenção específica entendemos que neste contexto são entre outras: ouvir atentamente, presença afectiva, tocar, competência técnica, ensinar ou defender o doente. Ou num contexto mais amplo cuidar, pode incluir todas as acções de enfermagem.

Mas os estudos de investigação não se ficam por aqui, estão a ser aprofundados não só no cuidar tecnicamente definido, mas também no relacionamento e nas expectativas dos doentes em relação aos cuidadores.

Para Pearson (1992), a prática da enfermagem assenta em numerosos modelos, a maioria deles tem uma visão holística (holismo pressupõe que o individuo reaja sempre como um todo unificado o que é diferente da soma das partes) e Humanista (pressupõe que o profissional de enfermagem se relacione com o utente como um ser humano único que é, e não como um objecto). Uns e outros contemplam a capacidade e o direito dos indivíduos serem envolvidos nas tomadas de decisão no que lhes diz respeito, tendo sempre em conta a sua autonomia. Deste modo dão importância ao ensino ou transmissão de informação ao idoso no sentido de proporcionar bem-estar e a realização das suas potencialidades.

Os cuidados de enfermagem não podem ser apenas dirigidos ao conforto e ao tratamento do mal-estar e das afecções físicas, devem ser dirigidos também à sua tranquilização (diminuição do medo e ansiedade) face à doença e tratamentos, ajuda quando da tomada de decisões difíceis, na aceitação de situações graves, na facilitação do crescimento pessoal e na utilização de recursos internos. (Riopelle 1993). Esta dualidade é realçada por alguns autores, como Dutil (1993), que através de uma abordagem interaccionista, refere que o enfermeiro recebe tanto, se não mais, que a pessoa no processo do Cuidar, se realiza plenamente. Assim, ainda que o processo cuidativo tenha como finalidade principal o crescimento e o desenvolvimento daquele que é cuidado, ele não acontece sem trazer benefícios, ainda que indirectos para aquele que cuida. *“O cuidar permite ao enfermeiro sentir-se bem e crescer interiormente”* (ibidem: 40)

Os cuidados de enfermagem são assim concebidos como o atendimento à pessoa na sua globalidade, reconhecendo a sua forma particular de interagir com o ambiente, e tendo em conta as suas necessidades particulares, ajudando-a a adquirir energia, informação e matéria para lhe responder. (Chalifour 1989).

Watson (2002), enfatiza as dimensões éticas e morais do cuidar e considera o cuidar humano como um processo entre seres humanos, que implica um compromisso moral de protecção da dignidade humana e preservação da própria humanidade. Está implícito nesta perspectiva um grande respeito pela vida humana, pela sua autonomia e liberdade de escolha e o reconhecimento de uma dimensão espiritual da vida.

Sendo o ser humano um ser de alteridade e aberto ao mundo, cujo contacto com o outro é essencial, para a construção do seu caminho, caminho esse que se vai construindo apenas à medida que se vai vivendo, não podemos esquecer que a pessoa de quem cuidamos é alguém que também ajuda a perfazer esse caminho, ao mesmo tempo que também somos essenciais para a construção do seu. Deste modo, podemos concluir que o enfermeiro, que verdadeiramente cuida não se limita a executar tarefas. Ele deve ser capaz de compreender as necessidades físicas e emocionais da pessoa que está cuidando.

## 2 – RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR

O “*cuidar*” pode ser perspectivado, como vimos, sob diversas dimensões. A dimensão relacional é no entanto uma das mais enfatizadas, em especial pelas teóricas da linha humanista e interpessoal. As enfermeiras para que possam dar resposta às necessidades do Homem no mundo de hoje, têm que ter capacidades e saberes que vão convergir para a competência do cuidar. E a relação de ajuda é um dos elementos importantes e que actualmente é já inquestionável a sua presença no cuidar.

A relação de ajuda é um intercâmbio entre dois seres humanos. Nesta troca, um dos interlocutores (o cuidador) captará as necessidades do outro (a pessoa cuidada) com o fim de ajudá-lo a descobrir outras possibilidades, de perceber, aceitar e fazer frente à sua situação actual. Assim, a relação de ajuda tem como fim facilitar o crescimento pessoal e a descoberta de recursos ainda não conhecidos da pessoa em crise

Foi Carl Rogers quem deu os primeiros passos para o surgimento do conceito de relação de ajuda centrada na pessoa, é uma “*forma de estar*”, que se pretende humanista, existencialista e democrática – valores que se afirmam na sociedade. Para este autor “*as relações de ajuda eficazes têm características diversas das que o não são. Estas características diferenciais dizem essencialmente respeito às atitudes da pessoa que ajuda, por um lado, e à percepção da relação por aquele que é ajudado, por outro*”. (1961:53). As atitudes que se tomam quando se estabelece uma relação de ajuda são importantes: “*Tem um interesse bastante grande, que as qualidades da relação que se acham associadas ao processo terapêutico, sejam todas qualidades referentes a atitudes*” (ibidem:239).

A Relação de Ajuda como foi definida há quatro décadas por Carl Rogers foi rapidamente transportada para os diferentes domínios da educação, das ciências humanas e dos cuidados aos doentes.

No sector dos cuidados de enfermagem esta transplantação revelou-se particularmente fértil, conhecendo várias adaptações que fizeram dela um meio poderoso de intervenção.

Para muitos autores a relação de ajuda é fundamental para que os cuidados de enfermagem possam ser considerados eficazes. (Phaneuf 1995:4) afirma que a relação de ajuda *“aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa”*. Também Chalifour defende uma abordagem da relação de ajuda inspirada na mesma filosofia, isto é, holística-humanista: *“trata-se de uma intervenção que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma concepção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar esta ajuda”*. (1989:18)

Com efeito, desde cedo, com Peplau, referido por Merriner (1989), o processo de ajuda é referenciado, descrevendo os cuidados de enfermagem como um processo interpessoal terapêutico, que resulta numa relação humana entre a pessoa doente ou que tem necessidade de ajuda e uma enfermeira formada, afim de reconhecer a sua necessidade de ajuda e de lhe responder. O marco conceptual de Peplau (1952), permitiu aos profissionais de enfermagem afastarem-se da enfermagem centrada para a resposta biofísica da doença, aproximando-se de um modelo no qual o significado psicológico dos acontecimentos, dos sentimentos e dos comportamentos face à doença, pudessem ser incorporados e explorados nas intervenções de enfermagem.

Para além do modelo conceptual e do processo de enfermagem, a enfermeira deve estabelecer com o seu cliente uma Relação que se perceba como de Ajuda. (Adam 1994:91) considera que *“... isto é, quiçá, o componente mais importante da enfermagem. O clima de empatia, calor, respeito mútuo, cuidado e aceitação é o que determina a efectividade dos cuidados de enfermagem”*

Para Chalifour, a relação de ajuda é um processo circular onde cada um interage com o outro, isto é, há uma troca, o que exige uma abertura mútua, onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber. Assim, a relação de ajuda, para o mesmo autor, consiste numa interacção particular entre duas pessoas enfermeiro e cliente, cada um contribuindo pessoalmente na procura e satisfação duma necessidade de ajuda deste último. O mesmo autor afirma que *“essa interacção pressupõe que a enfermeira adopta uma maneira de estar e de comunicar em função do objectivo que se pretende atingir”* (1989:18).

Para que o enfermeiro possa estabelecer uma relação de ajuda e confiança, tem de ver o outro “*como um ser único, pensante e sensível e não como um objecto do seu cuidado*”, precisa de entender o outro “*como um ser humano para ser compreendido e não como um objecto para ser manipulado e tratado*” (Watson 1985:18). Isto implica que o enfermeiro tenha desenvolvido valores humanistas, tais como a amabilidade, o respeito, o afecto por si e pelos outros, que envolve a capacidade de gostar das pessoas e apreciar a diversidade e a individualidade, tolerar as diferenças e ver os outros através dos seus sistemas perceptuais.

Para promover a vida, é imprescindível saber como se processa a relação de ajuda assim como, o que são os cuidados de enfermagem e, o que é cuidar. A relação de ajuda não pode acontecer de improviso, é necessário que o enfermeiro desenvolva o que é saber ser, e saber fazer, de modo a que ela se caracterize pela sua originalidade, na qual a pessoa é um ser único.

Da reflexão feita sobre as diversas teóricas da enfermagem no que concerne à relação de ajuda, podemos dizer que em todas verificamos que é importante, que a enfermeira consiga integrar na sua prática do cuidar, uma relação de ajuda eficaz e efectiva, desenvolvendo as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais para poder ver na pessoa que cuida, um ser único na sua plenitude.

## 2.1 - Conceitos e perspectivas da Relação de Ajuda

Relação de ajuda pode ser entendida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa outra parte ou em ambos, uma maior apreciação, uma maior expressão, e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes no indivíduo. Na relação de ajuda as atitudes e os sentimentos do enfermeiro são mais importantes que os seus conhecimentos teóricos.

Se o enfermeiro compreender os sentimentos essenciais do cliente, como eles surgem ao próprio, então há uma forte probabilidade que essa relação de ajuda seja eficaz.

De um modo geral, alguns autores afirmam que a Relação de Ajuda visa, na pessoa que se ajuda a consecução de um ou de vários dos seguintes objectivos: Ultrapassar uma provação, resolver uma situação actual ou potencialmente problemática, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório, detectar o sentido da existência.

Para (Lazure 1994:9), o enfermeiro para que possa agir adequadamente, deve, antes de mais, *“Saber e acreditar que o cliente independentemente do seu problema de saúde, é o único detentor de recursos básicos para o resolver”* e, que partindo deste, Lazure diz-nos também que a aprendizagem da relação de ajuda deve ser progressiva. Após a apreensão dos elementos teóricos, deverão ser aplicados gradualmente, para que sejam aperfeiçoadas todas as dimensões da relação de ajuda.

Para a mesma autora a profissão de enfermagem *“exige que se ofereça ao cliente e família este indispensável elemento da competência, que é a capacidade de estabelecer uma relação que lhes permita ser cada vez mais eles próprios, crescer na alegria e no sofrimento”*. (Lazure 1994:10)

Aubin citado por Lazure (1994:15), considera que *“aprender a ajudar os outros requer aptidões e faculdades que inspirem confiança e que traduzam qualidades específicas daquele que ajuda”*.

Assim, segundo Lazure, podem-se referenciar capacidades, nas quais é acentuado como premissa base, o desenvolvimento das mesmas, primeiramente por parte da enfermeira para que, desta forma seja capaz de estabelecer e manter Relações de Ajuda com os clientes:

- A. “Capacidade de clarificação e de ajuda na clarificação
- B. Capacidade de se respeitar a si próprio e de respeitar o seu cliente.
- C. Capacidade de ser congruente consigo próprio e com o cliente
- D. Capacidade de ser empática consigo próprio e com o cliente
- E. Capacidade de se confrontar e de confrontar os outros”. (1994:15)

Na capacidade de clarificação parte-se do princípio de que as palavras não têm o mesmo significado para toda a gente, a mesma palavra gera representações diferentes porque se refere a experiências diferentes. Assim, fazer-se compreender, afigura-se tarefa de grande exigência. Por isso a enfermeira deve encorajar o seu doente a exprimir de forma clara a sua vivência.

Capacidade de respeito é uma qualidade fundamental, um valor, uma atitude de base que encontra a sua expressão nos comportamentos, nos factos e nos gestos da enfermeira e que, muitas vezes se concretiza nos pequenos detalhes que, mais não são do que manifestações elementares de educação. Segundo Harré, citado por (Lazure 1994:131) “*a necessidade humana mais profunda é a necessidade de respeito*”.

É possível de algum modo inferir que esta capacidade não é apanágio somente de uma atitude de ajuda mas sim, um “*sine qua non*” para toda a actividade de prestação de cuidados ao ser humano que redundariam numa total aberração se, neles não se englobasse.

A Capacidade de congruência na enfermeira define-se quando ela “*se sente confortável consigo própria, vive em harmonia com as suas emoções, com as suas ideias e com os comportamentos a elas inerentes*” (ibidem:15). Deste modo, torna-se possível à enfermeira afirmar-se como profissional, de forma espontânea e natural.

É verdade que certas emoções criam desconforto, provindo de um desequilíbrio interior. Negar ou ignorar a existência de um desequilíbrio não faz com que ele desapareça, sendo *“a solução para restabelecer o equilíbrio e descobrir esta harmonia interna, encontrada na congruência”*. (Lazure 1994:146)

A capacidade empática é a mais fundamental mas também a mais inacessível característica da Relação de Ajuda. Segundo Kallisch citado por (Lazure 1994:160) *“a enfermeira empática usa momentaneamente as emoções do cliente com a finalidade de o compreender inteiramente mas, é essencial que se mantenha consciente da sua própria individualidade”*.

Um outro aspecto que se torna determinante quando se aborda a capacidade de empatia é aquele que revela que *“para chegar ao cliente, é necessário que a enfermeira se adapte ao seu nível de linguagem de modo que ele possa facilmente perceber que é compreendido a partir da sua experiência subjectiva”* (Lazure 1994:161).

Para se manifestar a sua empatia com o máximo de precisão possível, a enfermeira tem não só que ser sensível às palavras que ouve, mas também *“à linguagem não verbal do cliente, a qual lhe dará indicadores quanto à necessidade das emoções que ele sente”* (Lazure 1994:161). Na realidade, nem a melhor das reformulações consegue chegar completamente ao cliente se não for acompanhada da linguagem não verbal intimamente ligada ao conteúdo emocional das suas palavras.

Podemos afirmar que a empatia, por si só não faz milagres, não soluciona situações problemáticas mas, pode no entanto, fazer com que alguém saia da solidão que sente face a um problema.

Lazure fala ainda de uma outra capacidade, que considera de base primordial à Relação de Ajuda: A capacidade de Escuta. *“Escutar não é sinónimo de ouvir, escutar é constatar através do sistema auditivo estimulado, mas também, aceitar o facto de se deixar impregnar pelo conjunto das suas percepções internas e externas. Escutar é portanto um processo activo e voluntário”*. (1994:15)

Na Relação de Ajuda a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes. Reik, também citado por (Lazure 1994:16) descreve que *“a escuta com o terceiro ouvido, é ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar é sobretudo escutar com todo o nosso ser”*.

O tempo investido na escuta, nunca é um tempo perdido, é pois fundamental manifestar, através de comportamentos que existe tempo para escutar os clientes. O acto da escuta afigura-se como um acto exigente e complexo que obriga a um empenhamento total por parte da enfermeira que quer captar todos os indicadores emitidos pelos clientes. A escuta total exige uma *“vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, que desde logo consome muita energia”*. (Lazure 1994:107)

Cibanal, que se baseia nas teorias de Chalifour, entende que o objectivo da relação de ajuda consiste em possibilitar à pessoa doente ou com problemas a tomada de consciência e a compreensão que existem diferentes modos de enfrentar essa situação, diferentes formas de ver essa realidade. Não existe uma única maneira de enfrentar um problema, mas sim variadas formas para obter o mesmo resultado.

Jacques Chalifour defende que todos os intervenientes de uma relação de ajuda sejam conhecedores do modelo que os orienta. Aqui, deixa antever a importância da troca e da inter influência que se estabelece entre as pessoas na relação de ajuda. É uma concepção muito diferente das concepções de relação como um processo unidireccional, onde o enfermeiro apenas promove a ajuda do cliente que somente a recebe. O enfermeiro que vive esta relação, adopta uma maneira de ser e de comunicar, em função dos objectivos pretendidos. Para o mesmo autor, a relação de ajuda é *“uma interacção particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a recolha e satisfação de uma necessidade de ajuda, presente neste último”*. (1989:18)

No modelo proposto por J. Chalifour está sempre presente a troca, o que implicitamente, requer uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciada, dar e receber.

Este modelo compreende três características principais que são: A pessoa que ajuda é a que serve de facilitador e quem ocasionalmente alimentará esta relação, os processos relacionais servem de catalisador com vista a responder às necessidades de ajuda presente, o meio físico e social no qual esta relação se desenrola.

À imagem de toda a relação de ajuda, este sistema aberto deve constituir-se tomar forma, crescer e desenvolver-se para finalmente morrer.

Para este autor o enfermeiro, para além das suas características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, tem conhecimentos, habilidades comportamento e competências e atitudes que caracterizam o seu papel profissional e são elementos essenciais para a prática da enfermagem.

O enfermeiro deve, em primeiro lugar, ter um profundo conhecimento de si mesmo, das suas motivações e limitações de modo a ser capaz de, utilizando os seus recursos pessoais, implicar-se na relação de ajuda quando no acto de cuidar. Pois para C. Rogers (1983), a pessoa deve conhecer-se muito bem, ter conhecimento das suas necessidades e sentimentos, porque a auto compreensão o torna mais autêntico. A maneira de actuar revela a sua íntima maneira de ser.

Além do conhecimento de si segundo Chalifour (1989), deve também ter habilidades que estão ligadas às funções de contacto (o toque, o olhar, as distancias, as posições físicas, o tempo e os meios de comunicação).

O enfermeiro nas relações que estabelece com o doente, deve ter em consideração: o tempo do contacto, as posições físicas e as distancias que ocupam durante a relação.

Segundo Hall, citado por J. Chalifour (1993), quando o ser humano comunica existem três tipos de distancia que classifica em: íntima, pessoal, social e pública. O tipo de distância utilizada na relação de ajuda é importante, pois permite ao enfermeiro comunicar ao cliente a sua disponibilidade para estabelecer a relação.

Para que a relação de ajuda seja oportuna e de qualidade o enfermeiro deve desenvolver atitudes que são fundamentais: A autenticidade, a empatia, a especificidade, imediatidade e a confrontação, atributos estes descritas por Carkuff e (cit. por Giordani 1998). No entanto a falta de auto-conhecimento e a não utilização de habilidades da prática da relação de ajuda, tais como a congruência e a empatia, vão dificultar a abordagem terapêutica.

No que diz respeito à enfermagem, uma boa relação de ajuda é essencial para que os cuidados sejam eficazes. Intervir significa “*actuar com*” a pessoa, a fim de responder às necessidades que melhor se adaptem a um funcionamento pessoal e interpessoal mais harmonioso.

### 3 - A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR

O termo “*comunicação*” é utilizado desde há muitos anos. Foi contudo nos meados do século XX que as diversas áreas lhe deram a importância devida. As práticas de comunicação sempre existiram, uma vez que o homem sempre comunicou. O homem ao longo dos tempos sempre teve o engenho de ultrapassar as barreiras e tornar comum a comunicação (Breton 1994). Estas práticas segundo o mesmo autor, podem ser consideradas contemporâneas da Humanidade.

Comunicação é um dos processos mais complexos e importantes presentes no nosso comportamento. Estão presentes umas variedades de eventos psicológicos e sociais envolvendo uma interação simbólica. Estes eventos ocorrem dentro e entre pessoas e em contextos vários (interpessoais, de grupo, de massas e organizacionais).

Vários têm sido os estudos sobre comunicação, mas o grande impulsionador foi Claude Shannon e Weaver em 1948 com a sua publicação “*Mathematical Theory of Communication*”, sendo largamente aceite como uma das principais fontes no estudo da comunicação. É um exemplo claro da escola processual, que vê a comunicação como uma transmissão de mensagens (citado por Fiske 1999:19). Este autor em simultâneo com os estudos de Shannon, Lasswell propõem uma versão verbal deste modelo tendo estado na base dos estudos de comunicação mediática. Outros modelos mais complexos têm sido propostos. Uns, dando realce aos processos de selecção da informação, outros aos efeitos que os destinatários produzem sobre o emissor, intervindo assim um mecanismo de feedback das notícias.

Os estudos que se desenvolvem actualmente visam essencialmente o esclarecimento de um outro sistema auto regulado que é o organismo humano. “*Neste caso o sub sistema informático é o sistema nervoso central que colhe a informação do organismo e para o organismo, e difunde-a contribuindo para o estado emocional*”. (Abreu 1999:13). No SNC as unidades funcionais (neurónios) recebem as cargas quânticas da informação através de elementos de conexão (Sinapses). Quando a informação chega às sinapses geram-se potenciais excitatórios ou inibitórios que provocam ou inibem o seu disparo para a transmissão da informação (digital binária).

No organismo existe ainda um outro sistema que transmite informações que é o sistema humoral, actuando por descarga de substâncias específicas na corrente sanguínea.

Estes dois sistemas humoral e neural existem lado a lado completando-se. (Watzlawick 1998: 45)

Quando falamos em comunicação temos em mente o conhecimento dos elementos essenciais ao processo de comunicação. Identificar as condições fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação interactiva e sua importância no cuidar.

A comunicação é um processo interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. Podemos considerá-la como um acto de partilha e que se for eficaz vai produzir sempre mudanças. Não se fica simplesmente pelo conteúdo, mas transmite também os sentimentos e as emoções. Por muito que nos esforcemos é impossível não comunicarmos “*Actividade ou inactividade, palavras ou silêncios, tudo possui um valor de mensagem, influenciam alguém estes por sua vez não podem ficar indiferentes a essa comunicação logo também estão a comunicar*” (Watzlawick 1998:45). Não podemos portanto dizer que a comunicação só acontece quando é intencional, consciente, ou bem sucedida, isto é, quando ocorre uma compreensão mútua. Assim a impossibilidade de não comunicar faz com que todas as situações entre duas ou mais pessoas sejam comunicativas e interpessoais.

### 3.1 - Processo e níveis de comunicação

Olhando para o mundo que nos rodeia, verificamos que os seres vivos não se isolam, antes pelo contrário, comunicam de formas variadas dependendo da espécie. Também o homem sente necessidade de comunicar. Para que isso seja possível é necessário que haja um emissor, um canal de transmissão e um receptor. Parece um processo simples mas é bastante complexo, o emissor tem que sentir necessidade de comunicar, elaborar a mensagem, codificá-la e emitir a informação, o receptor por sua vez ao recebê-la tem que a descodificar.

Para compreender o processo extremamente complexo pelo qual os seres humanos comunicam, tanto a nível verbal como não verbal é necessário primeiro conhecermos o mecanismo da comunicação.

Segundo Sonino (1981) a competência comunicativa é entendida como o “conjunto de pré condições, conhecimentos e regras que fazem com que a qualquer indivíduo seja possível comunicar”. (citado por Bitti e Zani (1997:19)

Mas apesar dos avanços dos conhecimentos, ainda não se conseguiu construir uma teoria que explicasse esta competência comunicativa. Para já, basta-nos pensar que se dá uma interação comunicativa, desde que o emissor utilize algumas ou todas as competências descritas por Berruto (1974) citadas por (Bitti e Zani 1997:23) e que são “a competência paralinguística, competência cinésica, proxémica, executiva, pragmática e sócio cultural”.

Segundo Fraser (1978) devemos analisar uma interação comunicativa com base nos sistemas de que elas se compõem. Este autor distingue três sistemas:

- “1 – Sistema verbal ou intonacional – uso de ênfase, sublinhados, inflexões de voz etc.
- 2 – Sistema para linguístico – compreende fenómenos como, resmungo, bocejo, sussurros, etc.
- 3 – Sistema cinésico – movimento das mãos, do corpo, do olhar etc.”

Estes sistemas são dinâmicos estando em constante evolução.

*“O acto comunicativo é portanto a mais pequena unidade capaz de fazer parte de uma teia comunicativa e que uma pessoa pode produzir com uma única e bem definida intenção. Pode ser constituída por uma só palavra um gesto ou pode compor-se de elementos verbais e não verbais”.* (Bitti e Zani 1997:25)

Para a identificação dos elementos constitutivos do acto comunicativo vários esquemas e modelos conceptuais têm sido elaborados. Dentre eles o de Tatiana Slama-Cazacu (1973) que é referido por Bitti e Zani que nos refere, que para que se possa desenvolver um acto comunicativo é necessário: *“Um emissor que é quem produz a mensagem, um código que é o sistema de referencia com base no qual se produz a mensagem, uma mensagem entendida como a informação a ser transmitida, contexto no qual a informação está inserida, um canal que é o meio que possibilita a transmissão e por fim um receptor que é quem recebe e interpreta a mensagem”.* (1997:26)

Assim, a comunicação é um processo que consiste em transmitir ou fazer circular informações, ou seja um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do receptor, antes do acto comunicativo.

Mas para que tal seja possível é necessário que:

“ - O emissor e o receptor partilhem de um mesmo código para o processamento da descodificação

- Que a relação entre o emissor e o receptor seja bilateral.

- Que a mensagem seja recebida como portadora de um significado e portanto conduzir a um acto cognitivo.

- Que haja flexibilidade na adaptação à situação, não esquecendo que o diálogo é fundamental.

- O esquema de comunicação não pode ser desligado do ambiente em que se realiza. Aquilo que está em redor: o contexto, o ambiente, os participantes, o tipo de actividade e a linguagem vão influenciar o processo de comunicação”.Bitti e Zani (1997:26).

O carácter da comunicação humana é precisamente o de ser um acto guiado, nos seus aspectos gerais, pela consciência, um *“acto caracterizado pela intencionalidade”*. (Bitti e Zani 1997:29). Em todo este processo é extremamente importante a codificação pois envolve uma complexa série de operações a nível cognitivo, emotivo, afectivo e interpessoal.

As possibilidades disponíveis no processo de comunicação para fazer menção dos objectos são representá-los por uma imagem explicativa ou dar-lhe um *“nome”*. No primeiro caso, utiliza-se o código analógico, entendendo-se com isso todos os aspectos não verbais, no segundo caso um código digital que consiste na comunicação por meio de palavras

Watzlavick (1967) refere que os seres humanos comunicam digital e analogicamente. *“A codificação digital é relativamente arbitrária, a mais comum na comunicação humana é a linguagem, esta consiste numa operação de descodificação que serve para decifrar, para descodificar a mensagem recebida, para lhe tornar a dar outro significado”* (Reis e Ribeiro 2002:104). Sons, palavras e frases organizadas sintacticamente comunicam significados. O código analógico não é arbitrário, a maioria dos sinais não verbais são analógicos.

Embora os dois códigos sejam diferentes, são usados em conjunto e não podem ser separados na comunicação real, eles completam-se.

Na comunicação humana tem pois que se combinar os dois códigos no processo de codificação e descodificação. Pode ser difícil e incorrer-se numa série de erros Watzlavick (1967), devendo escolher-se uma linguística adaptada a que ouve. Assim podemos afirmar que o processo de comunicação é interdependente, pois os comunicadores afectam-se mútua e simultaneamente. É um processo adaptativo, envolvendo feedback. Através da comunicação adaptamo-nos e ajustamo-nos ao mundo das pessoas e coisas que nos rodeiam.

Quanto ao canal de comunicação este pode ser verbal e não verbal. Estes operam simultaneamente. Há na comunicação uma constante interacção entre informações provenientes de canais diferentes. *“É desta simultaneidade que advém em grande parte a complexidade da comunicação face a face entre indivíduos”* (Bitti e Zani 1997:45), o que envolve os vários canais numa relação altamente estruturada.

Para os mesmos autores, esta *“Processa-se pela linguagem um dos sistemas de comunicação de que os seres humanos dispõem sem duvida o mais eficaz e poderoso, sendo universalmente reconhecido como exclusivo do homem”*. (1997:50).

Os níveis de comunicação podem ser intra pessoais e interpessoais.

O nível de comunicação intra pessoal tem um papel muito importante, é influenciado pelo conceito de valorização e pelos sentimentos. Quando estamos bem connosco, melhor podemos comunicar com os outros. Na área dos cuidados, esta comunicação influencia bastante na medida em que conseguimos compreender melhor os idosos (doentes) quando os estamos a observar. (Perry 1995).

A comunicação interpessoal é efectuada a maioria das vezes face a face. Para (Barnhund 1968:10) *“O estudo da comunicação interpessoal ocupa-se pois da investigação de situações sociais, relativamente informais em que pessoas nos encontros face a face sustentam uma interacção concentrada através da permuta recíproca de pistas verbais e não verbais”*.

Esta definição inclui vários critérios a saber:

- Na comunicação interpessoal têm que existir duas ou mais pessoas, em proximidade física e que percebam a presença uma da outra.
- Envolve interdependência comunicativa.
- Há troca de mensagens
- As mensagens são codificadas de forma verbal e não verbal
- É marcada pela informalidade e pela flexibilidade.

Um dos aspectos importantes desta comunicação “*é o estabelecimento de relações, um relacionamento é um padrão de interações entre duas pessoas, baseado nas suas percepções recíprocas*”. (Watzlavic 1967:120).

A comunicação interpessoal saudável vai permitir uma troca de ideias com melhoria na resolução dos problemas. Sendo o tipo de comunicação mais utilizada na área dos cuidados.

A comunicação é portanto um processo que vai permitir às pessoas enviar e receber mensagens e ocorre num nível social em que os participantes estão comprometidos no contacto com eles e com os outros. É um processo dinâmico, com o significado das mensagens negociado entre os participantes.

Podemos comunicar de forma verbal e não verbal. A primeira envolve a palavra falada e escrita e a segunda recorre à utilização de gestos.

Para que a comunicação verbal seja eficiente tem que ser clara e concisa, isto é usar frases simples, curtas e concretas, falar lentamente e pronunciar claramente as palavras. O receptor deve perceber as ideias de quem comunica, este deve expressar apenas uma ideia e utilizar o vocabulário, o ritmo e o significado adequado a cada receptor.

A comunicação não verbal sendo anterior à linguagem, foi a base do desenvolvimento e factor decisivo para a sobrevivência, realiza-se através de códigos representativos como, gestos, movimentos, olhar e o tom de voz. É portanto fácil de compreender a importância desta dimensão das relações humanas. “*É neste sentido que determinados autores defendem que a importância do estudo da comunicação não verbal reside no papel de reforço que esta tem no discurso verbal*”. (Dias 2001:27)

Podemos considerar que as mensagens não verbais são simples alternativas ao uso da linguagem. Estes sistemas têm características próprias, a descodificação e reacção às mensagens tendem a ser mais imediatas e automáticas. Segundo Forgas “*...as mensagens não verbais são menos sujeitas a interpretação e vigilância consciente que a linguagem*”. (1985:138)

Linguagem e mensagem não verbal coexistem como sistemas de comunicação, mas, têm diferentes papéis na interação social. Os sinais não verbais podem revelar atitudes, emoções e sentimentos que por vezes não queríamos revelar. A este propósito Lazure (1994:105), refere que “... *a linguagem não verbal na maior parte das vezes traduz estados de alma...*” e que “... *a linguagem corporal não sabe mentir porque a maior parte das vezes é involuntária e pode ser inconsciente*”.

O homem é o único organismo vivo que utiliza na comunicação os dois modelos: analógico e digital. Como analógico podemos referir que é toda a comunicação não verbal, e a digital é toda a linguagem necessária para a partilha de conhecimentos e informação através da linguagem; “*os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem digital é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa mas carente de adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não-ambígua da natureza das relações*”. (Watzlawick 2002:61)

### **3.2 - Factores que influenciam a comunicação**

A comunicação está presente em todos os campos, em todas as áreas das relações humanas, e como já afirmamos na comunicação humana utilizam-se as duas linguagens analógicas e digital que se complementam. Esta complementaridade leva a que por vezes não se consiga transmitir estados de espírito pela linguagem verbal e possam ser transmitidos pela representação não verbal.

Geralmente, o processo de comunicação funciona como um sistema aberto em que ocorre certa quantidade de ruído, isto é, uma perturbação indesejável que tende a deturpar, distorcer e alterar a mensagem transmitida, o que tende a provocar falta de clareza; (Chiavenato 1997).

Mas a comunicação pode ser influenciada por inúmeros factores (Waley and Wong 1995) e que passamos a reflectir: Na comunicação verbal a velocidade de desenvolvimento da fala varia e está relacionada com o desenvolvimento neurológico e com o meio familiar e social em que se cresce. A percepção dos acontecimentos é pessoal, isto é, varia, pelo que existem diferenças na percepção das pessoas que estão interagindo podendo vir a ser uma barreira à comunicação. Os valores são padrões que influenciam a expressão de pensamentos e ideias pelo que devem ser compreendidos nas relações interpessoais. As emoções são sentimentos subjectivos sobre acontecimentos, influenciando o relato quando se transmitem a outros. Num acto comunicativo pode de alguma maneira transmitir-se uma ideia errada.

A cultura e o estrato social vão influenciar o modo com as pessoas se relacionam entre si. Por vezes também são uma barreira pois limitam a espontaneidade na transmissão de emoções ou informações de carácter psicológico. Quanto ao sexo, este também pode afectar o processo de comunicação, assim como os túneis de conhecimento, pois uma mensagem para ser clara tem que conter um vocabulário adequado ao ouvinte, para poder estar atento. O ambiente é importante pois num ambiente calmo e tranquilo é mais fácil o processo de comunicar. A entoação e o tom de voz tem um efeito importante sobre o significado da mensagem pois pode expressar entusiasmo ou inquietação e é afectado pelas emoções.

Quanto à comunicação não verbal vários factores podem promover a sua eficiência: A aparência pessoal, as características físicas, o vestuário, os adereços são indicadores de bem-estar físico, personalidade, cultura, religião e auto conceito, podendo também transmitir o estado de saúde. A expressão facial nomeadamente os olhos são uma ajuda importante na interpretação de mensagens. Podem revelar emoções ou transmitir a disponibilidade para comunicar. A postura, a marcha os gestos pode transmitir ideias por vezes difíceis de serem descritas por palavras. Emitem mensagens ou podem enfatizar as palavras. O toque transmite afecto, apoio emocional, encorajamento e atenção pessoal. Este é controlado por normas sócio-culturais e o seu uso exige que seja aceite pela pessoa a ser tocada.

As barreiras pessoais ou humanas são interferências decorrentes das limitações, emoções e valores de cada indivíduo e podem limitar ou distorcer o processo de comunicação. As barreiras podem ser físicas, técnicas ou semânticas. No processo de comunicação há outro aspecto importante a referir, que tem a ver com a problemática da aquisição e transmissão da informação. De acordo com (Chiavenato 1997:55) *“adquirir informação é dispor dela em permanência”*

Para Rosa *“factores intrínsecos ao sujeito como a ansiedade, dificuldade de expressão, compreensão ou articulação e factores extrínsecos como o tipo de código usado, perceptibilidade dos caracteres escritos e os símbolos utilizados interferem na comunicação que se pode estabelecer com os outros”* (1989:27). Segundo Ley e cit. por (Fong 1993:12) *“os factores que contribuem para a má comunicação incluem má transmissão de informação, falta de compreensão e baixos níveis de memorização dos doentes”*. Estes factores têm relação com outras variáveis como a cultura classe social, raça, sexo, e idade.

### **3.3- A importância da comunicação no cuidar**

Para os enfermeiros, é importante a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos sobre a problemática da comunicação, a fim de exercer digna e proficientemente a tarefa de ajuda ao idoso com competência e dedicação.

A comunicação utilizada durante o cuidar, é interpessoal, estabelece-se entre o idoso e o cuidador. Este deve ter habilidade para prestar atenção, o que pressupõe uma atitude de compreensão e ajuda ao seu semelhante para a satisfação das suas necessidades. A comunicação tem um papel fundamental na interacção com os idosos, sendo importante quando se procura estabelecer uma relação de ajuda e confiança, enquanto cuidadores.

No acto de cuidar em enfermagem é fundamental que se estabeleça uma boa comunicação, esta é conseguida quando o emissor obtém o efeito pretendido no receptor, devendo este entender o mais fielmente possível a intenção do emissor.

Para Reis e Rodrigues (2002), além da riqueza e complexidade da comunicação interpessoal, as dificuldades aumentam consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afectiva de cada um. No contacto diário com os idosos, os enfermeiros devem estar despertos para alguns aspectos, nomeadamente entender que a comunicação só é verdadeira quando interagem com o meio e o destinatário. Através da comunicação aprendemos e ensinamos, ao mesmo tempo que se quebra a solidão, dá-se resposta às necessidades de ordem intelectual, afectiva, moral e social.

As palavras que vamos utilizar têm grande poder já que tanto podem ser benéficas como perniciosas caso não seja entendido devidamente o seu significado. Devem ser adequadas ao nível cultural do idoso e sempre que possível utilizar a linguagem verbal e não verbal para fortalecer a mensagem.

A complementaridade dos dois tipos de comunicação é muito importante na área dos cuidados aos idosos, pois aqui comunicar não se refere só aos conteúdos mas também aos sentimentos e emoções que se podem transmitir. É um acto de partilha entre quem cuida e quem está a ser cuidado.

No processo de comunicação, tendo em conta as barreiras que existem, devemos actuar no sentido de minimizá-las, atendendo à personalidade de quem emite a mensagem e de quem a recebe, à linguagem utilizada e ao contexto onde é emitida a mensagem. Para um bom relacionamento é fundamental saber escutar e ouvir, pois é o meio mais seguro para a compreensão e, ouvir, significa também observar, escutar, compreender.

A comunicação é importante na relação que se estabelece com o idoso, não só a comunicação verbal como a não verbal especialmente a linguagem corporal, pois os idosos com as suas limitações cognitivas e sensoriais estão por vezes menos receptivos, mas sensíveis ao clima afectivo que se pode estabelecer.

*“Comunicar é uma arte que não consiste somente numa troca de palavras, mas num partilhar de emoções, de sentimentos e ideias. Comunicar exige assim da parte da enfermeira a capacidade de falar e de escutar”* (Berger 1995:502)

Para que a comunicação seja eficaz é necessário saber ouvir, isto é, estar atento enquanto o idoso fala, mostrar disposição em partilhar a conversa. Por vezes o silêncio é necessário, pois transmite uma vontade de ouvir, uma aceitação sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas permanecendo atento às expressões faciais.

Para o estabelecimento de uma boa comunicação esta deve ser biunívoca, a informação deve ser partilhada, pois se não for correctamente entendida pode levar a perda de confiança, impedindo que o idoso exprima de forma adequada os seus pensamentos e sentimentos. *“A comunicação encerra um conteúdo que veicula certos valores. A enfermeira em geriatria deve desenvolver meios de comunicação com os idosos, porque o não ser capaz de comunicar se torna uma atrofia ameaçadora para o equilíbrio psicológico e representa um perigo grave em todas as idades, mas sobretudo na velhice”*. ( Berger 1995:502).

Durante os cuidados, quem cuida deve tornar a sua mensagem clara e concisa, “*A clarificação é a capacidade de manter uma comunicação clara concreta e eficaz com vista a ajudar o cliente a formular e delimitar os seus problemas*” ( Berger 1995:45), isto é, deve utilizar-se frases simples, curtas e concretas, falar lentamente e pronunciar claramente as palavras, com um vocabulário adequado ao idoso com um mesmo significado (denotativo), Deve ser imprimido um ritmo adequado ao receptor. O humor é importante pois aumenta a situação de bem-estar promovendo o apoio emocional.

Por vezes, o ser idoso, pode afectar a forma de comunicar e de compreender a comunicação. A alteração de humor, e estado de consciência São uma situações comuns entre os idosos e que podem ser exacerbadas pela medicação.

As mensagens verbais constituem uma pequena parcela da comunicação interpessoal. Estas, são enriquecidas por um conjunto de sinais não verbais que a complementam ou mesmo alteram o seu significado.

A capacidade de receber e enviar mensagens não verbais é essencial para o sucesso da interacção com o idoso. Como sugere Argyle (1981) “ *... esta habilidade é tal como as outras aprendida. Umhas pessoas simplesmente têm mais capacidade que outras. Uma falta constante da capacidade de comunicação não verbal resulta em inaptações que podem ser remediadas com treino adequado a adquirir aptidões necessárias a uma boa comunicação*” citado por ( Forgas 1985: 137).

Quando um idoso é abordado pela primeira vez, um dos meios que o cuidador possui para demonstrar o seu interesse e disponibilidade, é sem duvida o seu comportamento não verbal. E será com base nestas primeiras atitudes que se irá desenvolver uma relação de cumplicidade necessária para o idoso revele as suas necessidades e dúvidas, e simultaneamente serem criadas as condições essenciais à implementação de estratégias de ajuda, entre as quais destacamos a empatia. Quando esta se estabelece sentem-se as emoções dos outros e simultaneamente compreende-se a dinâmica do seu comportamento. É diferente de simpatia, porque o enfermeiro não se identifica com as vivências dos idosos, compreende-os mas permanece consciente da sua própria individualidade e emoções.

Já Watson (1985:28) refere que *“a empatia é a habilidade da enfermeira para experienciar o mundo privado e os sentimentos da outra pessoa, mas também a habilidade de comunicar a essa outra pessoa o grau de compreensão que ela atingiu”*

Para Argyle (1981), assim como para outros autores as formas de comunicação não verbais revelam-se através da face, olhos, gesto, postura, aparência física e tom de voz. A face é a parte mais expressiva do corpo, o bom ouvinte vale-se do rosto e de sinais de cabeça para comentar o que o orador diz. A sua importância é crucial já que pode transmitir poderosos indícios positivos ou negativos e serem mal interpretados. Os olhos constituem os indicadores mais poderosos do nosso estado de alma. Para Argyle, ( citado por Davies 1995: 23) *“ O olhar não é à partida um sinal mas sim um meio para receber sinais”*. Também citado pelo mesmo autor Altschul sugeriu que o facto de não conseguirmos manter contacto visual pode ser interpretado como falta de atenção, falta de interesse ou falta de confiança.

O olhar é o primeiro sentido que frequentemente é utilizado para entrar em contacto e para manifestar e enriquecer a qualidade da relação. Olhar para o idoso é fazer-lhe sentir que existe, e constitui um instrumento importante para receber dados e informar de uma forma não verbal o que se sente ao contactar com ele, ou seja, recebe e transmite informação.

Concordamos com Lazure (1989) em que o toque é a forma mais directa. O enfermeiro serve-se do tocar como meio de captar ou transmitir informações, devendo ter sempre em conta três tipos de toque: o toque físico, o afectivo e o terapêutico. Deve ter-se consciência do que se comunica pelo toque pois este tanto pode servir de aproximação como de ameaça. O toque pode ser o único e último modo de contacto, quando as palavras faltam, como na velhice e no aproximar da morte.

O escutar, entendendo “escutar” não com o sentido de ouvir, mas sim com estar atento ao cliente, aceitando-o tal como é para alcançar a sua vivência. Consiste em captar a mensagem, e compreender o seu conteúdo conceptual, isto é, estar atento não só à mensagem que é transmitida mas também à forma como é transmitida.

Na comunicação durante o cuidar o idoso deve ser visto como uma “*pessoa*” numa perspectiva holística e humanista, tal como a descreveu Chalifour (1989), pode ser considerada como sendo um sistema aberto possuidor de características físicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais. Chalifour explica que holismo em medicina significa que o organismo humano é percebido como um sistema vivo, cujos componentes estão interligados e interdependentes e em interacção continua com o seu meio social e físico, sendo constantemente influenciado por este meio ambiente podendo agir sobre ele e modificá-lo.

No acto de cuidar a comunicação é um imperativo. Segundo Forsythe citado por Lazure “*os enfermeiros têm um alto grau de empatia provocam nos outros resultados positivos, enquanto que aqueles que apresentam graus mais baixos contribuem para atrasar a sua evolução*” (1987:71).

A comunicação em enfermagem, apresentada como a pedra angular dos cuidados, é o fundamento da relação enfermeiro – doente. Esta relação é apresentada como um elemento de competência da própria profissão. (Phaneuf 1986). Esta autora considera que existem três tipos de comunicação: comunicação funcional, comunicação pedagógica e a comunicação terapêutica. Esta última é a que se utiliza mais na relação com os idosos, pois permite estabelecer ligação significativa entre o enfermeiro e o doente, exige aceitação, respeito caloroso e compreensão empática.

Baseada na comunicação verbal e não verbal, deve provocar no doente uma mudança em direcção à autonomia.

A comunicação é o fulcro dos cuidados de enfermagem e exige que esta seja entendida num âmbito mais vasto e mais profundo do que simples transmissão de informação. O processo de comunicação em enfermagem, enquanto relação enfermeiro – doente, comporta implicitamente o entendimento da informação numa perspectiva terapêutica. (Reis e Ribeiro 2002).

## Segunda Parte – A Importância da Comunicação no Cuidar

### CAPITULO I – O ESTUDO E AS SUAS OPÇÕES METODOLÓGICAS

O envelhecimento da população mundial é um fenómeno novo ao qual mesmo os países mais desenvolvidos tendem a adaptar-se. Daí que os idosos representem uma percentagem cada vez maior da população. Isto arrasta como é óbvio consequências importantes quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista médico-assistencial impondo um olhar consciente sobre os problemas da 3ª idade, assim como sobre os cuidados que lhe são prestados.

A forma como os cuidados são prestados tem sido objecto de vários estudos ao longo dos tempos, e tende a ser encarada cada vez mais com *“uma acção centrada no sujeito dos cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu ambiente”* (Ribeiro 1995: 14).

No entanto, a forma como os cuidados são percebidos pelos utentes e pelos cuidadores tem sido uma temática pouco abordada no geral, e no caso dos idosos em particular.

Os enfermeiros que cuidam dos idosos, não o podem fazer do mesmo modo que cuidam os mais jovens. A investigação trouxe-nos já uma vasta informação acerca da problemática do envelhecimento e as respostas características dos idosos perante problemas de saúde. Assim os enfermeiros terão de ter conhecimentos na área da geriatria/ gerontologia. Devem zelar para que recebam cuidados dignos independentemente da sua idade e grau de dependência, valorizando a autonomia e a liberdade.

## 1 - FINALIDADES

Com este estudo pretendemos indagar a importância que a comunicação tem no acto de cuidar para os enfermeiros, e como é percebida por quem é cuidado, numa tentativa de compreender o significado que lhe é atribuído pelos dois intervenientes: enfermeiros e idosos, no sentido de vir a contribuir para uma melhoria da comunicação no acto do cuidar.

## 2 - OBJECTIVOS

Com este estudo temos por objectivos:

- Conhecer o significado que os profissionais de saúde atribuem à comunicação no processo cuidativo da pessoa idosa.
- Conhecer o significado que o idoso atribui ao processo de comunicação de que é alvo quando é cuidado
- Detectar discrepância das duas perspectivas cuidativas: idosos e profissionais de saúde.
- Pretendemos também compreender as relações e interacções que se estabelecem entre os dois componentes.

## 3 - METODOLOGIA

### 3.1 - Local onde decorreu o estudo

Para a realização deste estudo escolhemos uma instituição de acolhimento de idosos em situação de dependência, O Lar do Calvário do Carvalhido. O Calvário do Carvalhido foi fundado há 36 anos segundo o espírito do Pai Américo – *“Dar uma cama para morrer a quem não teve para viver”*. Actualmente é constituído por: um lar de terceira idade com capacidade para 70 idosos, doentes e dependentes, necessitando de cuidados personalizados e enfermagem permanente; um centro de dia com capacidade para 35 idosos; apoio domiciliário, actualmente a prestar apoio a 10 famílias durante os sete dias da semana fornecendo: refeições, tratamento de roupas, cuidados de enfermagem e acompanhamento médico. Uma clínica fisiátrica que além de prestar assistência aos idosos institucionalizados está aberta a sub sistemas de saúde.

Os idosos aqui internados, para que lhes sejam prestados serviços com a qualidade a que tem direito, têm assegurados cuidados de enfermagem nas 24h, assim como, um médico de chamada. Prestam também serviço, uma vasta equipa de funcionárias auxiliares a quem é ministrado uma pequena formação na área da geriatria, quando da sua admissão para a instituição. A Instituição conta ainda com um grupo de voluntariado organizado que dá a sua colaboração nas diferentes áreas.

Os idosos que residem no Lar, Centro de dia e os que estão com apoio domiciliário, podem usufruir se as suas condições físicas não forem impeditivas, de um passeio semanal (sábados) acompanhados por: uma enfermeira, assistente social, e animadora social além de auxiliares. Mensalmente há uma reunião, seguida de um lanche convívio no qual os idosos usufruem da companhia dos seus familiares, e estes além da partilha e confraternização são alertados para as preocupações e responsabilidades do quotidiano do Lar.

### **3.2- Escolha da População**

Ao chegar a esta fase do processo de investigação vamos seleccionar a população alvo. Teremos de colocar várias questões: Que indivíduos estudar? E quantos podem e devem ser estudados? Onde se efectuará o estudo? Ou seja *“que elementos do mundo empírico (animados ou inanimados, objectos ou pessoas) constituem as populações e as fontes de dados para o investigador”*, (Goetz y Lecompte 1988:77).

Podemos definir população de acordo com Goetz e Lecompte (1988), como o conjunto de potenciais respondentes ou participantes num estudo. Ou *“toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios”* (Polit & Hungler 1995: 143)

Ao eleger uma população devemos ter em conta dois princípios fundamentais:

- O seu significado teórico
- As questões de investigação

A população de acesso ao estudo que nos propomos fazer acerca *da importância da comunicação no cuidar da pessoa idosa*, será dividida em dois grupos: um a dos enfermeiros envolvidos nos cuidados e o dos idosos internados no lar Calvário do Carvalhido.

Escolhida a população foi necessária proceder à selecção (amostragem) de um subconjunto de elementos (amostra) sobre quem irá recair a colheita de dados.

A generalidade dos autores reconhece, não só a importância, mas também a dificuldade da escolha da amostra, nomeadamente a nível de representatividade. Assim optámos por uma amostra de conveniência pois com referem Bogdam e Bikln *“se não é possível falar com os sujeitos (...) é necessário ter uma variedade de perspectivas (...) alguns sujeitos estão mais dispostos a falar, têm mais experiências do contexto ou são particularmente intuitivos em relação às situações”*. (1994: 15)

Atendendo à natureza do estudo, e ao carácter qualitativo da sua metodologia e à dificuldade de obter, por métodos probabilísticos uma amostra representativa, optámos por recorrer ao método não probabilístico para a selecção.

Quando estimamos a dimensão da amostra admitimos que dada a opção qualitativa não seria necessário um grande número, pois como referem Ghiglione e Matalon *“é inútil prever um muito grande número de entrevistas: a qualidade de pesquisa será muito pouco melhorada.”* (1992:56)

Por outro lado, uma amostra estatística representativa pode ser irrelevante quando o que o investigador pretende explicar *“o significado dos processos microssomiais. Os critérios neste caso são diferentes dos necessários para obter uma amostra aleatória representativa”*. (Goetz y Lecompte 1988:17)

A amostra foi assim constituída:

Grupo I – Constituído por 27 idosos a residir no Lar

Grupo II – Constituída por 13 enfermeiras

No primeiro grupo, dadas as características da população geral, foram incluídos os que correspondiam aos critérios previamente definidos:

- Ter mais de 65 anos – idade indicada pela OMS para ser considerado idoso.
- Ter capacidade para responder às questões (não estar confuso, ser capaz de comunicar verbalmente).
- E estar necessitado de cuidados permanentes.

No segundo grupo foram incluídas as enfermeiras que trabalham na instituição e aceitaram participar voluntariamente.

Temos assim constituída a nossa população por 13 enfermeiros e 27 idosos a necessitarem de cuidados, e que se encontram institucionalizados.

### **3.3 - Tipo de estudo**

O paradigma dominante, tanto nas ciências exactas com nas ciências sociais e humanas, era o racionalismo cartesiano. Estudavam-se factos concretos, elaboravam-se hipóteses, experimentavam-se e enumeravam-se leis. Foi a fase dos estudos quantitativos.

Mas nas ciências pós modernas, o método qualitativo tem vindo a torna-se o método de eleição na pesquisa social.

O método quantitativo e o qualitativo *“diferenciam-se não só pela sistematização pertinente de cada um deles, mas sobretudo pela forma de abordagem do problema (...) sendo necessário realçar que o método deve ser apropriado ao tipo de estudo que se deseja realizar e sobretudo à clareza do problema e ao seu nível de aprofundamento”* (Richardson 1989:29).

Mas mais que uma questão metodológica trata-se fundamentalmente de duas filosofias diferentes: Na investigação quantitativa, os objectivos fundamentais são a obtenção de informações consideradas fiáveis e válidas e a possibilidade de as quantificar. Tenta-se eliminar a subjectividade e a influência do investigador. (Goetz e Lecompte 1988)

O método qualitativo procura o estudo sistemático da experiência quotidiana no seu contexto, ou seja, a compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transações consigo mesmo e com os que o rodeiam.

Neste sentido, a metodologia qualitativa, ao contrário da quantitativa, não se preocupa em prever o comportamento humano, mas em compreendê-lo. Apresenta-se como o método de eleição para qualquer tipo de investigação que enfatize, a compreensão ampla e a visão profunda. (Lincoln 1992).

Mas os investigadores não têm o mesmo posicionamento quanto à relação que existe, ou poderia existir entre as metodologias «*quantitativas*» e «*qualitativas*». Uns assumem uma postura dicotómica e outros optam pela tese de um contínuo entre as duas. Mas nenhuma delas obtêm o consenso.

Assim, Miles e Huberman (1984) convidam-nos a constatar o desvio que existe entre o nível do discurso, em que as abordagens qualitativas podem ser consideradas irreconciliáveis com as abordagens quantitativas, e o nível da prática onde os investigadores combinam frequentemente as duas perspectivas. (citado por, Herbertt, Goyette Boutin 1990:34).

Tendo em conta o tipo de estudo e os seus objectivos, enveredamos pela **Investigação Qualitativa**, dado que é um tipo de investigação que “*privilegia essencialmente a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos de acção*” Bogdan e Biklen (1994: 16).

Pretendendo-se fundamentalmente compreender e não medir realidades ou fazer a testagem rigorosa das hipóteses, centramo-nos portanto, numa abordagem qualitativa, vinculada a alguns princípios que, como referem Bogdan e Biklen podem estar presentes nos estudos que se norteiam por este método:

1. “Na investigação qualitativa a fonte dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador, o instrumento principal.
2. A investigação qualitativa é descritiva
3. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva
4. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos
5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa” *ibidem* (1994:47-51)

No processo de investigação desenvolvida vivenciou-se um estado a que (Quivy e Campenhoudt 1992:18), chamam de “*caos original*” pois embora soubéssemos a problemática a estudar, não vislumbrávamos o percurso a seguir. Mas como referem os mesmos autores esta inquietação é “*marca do espírito que não se alimenta de simplismos e de incertezas estabelecidas*” (*ibidem* 1992:199)

Com o objectivo de encontrarmos as pistas orientadoras desta pesquisa, assim como os contributos para a definição do quadro teórico de referência, realizamos **entrevistas exploratórias**. Estas permitiram configurar alguns cenários possíveis no âmbito da investigação, contribuindo “ para ajudar a constituir a problemática de investigação (...) visando economizar perdas inúteis de energia e de tempo” (Quivy; Campenhoudt 1992: 67)

Este estudo, nos seus propósitos, e na linha do que referem Polit & Hungler deverá ser enquadrado como um estudo experimental do tipo descritivo. Para estes autores estes estudos têm como desígnio “*observar, descrever, e explorar aspectos de uma situação*”. (1995:119)

Com este tipo de abordagem e como refere Geertz e citado por Bogdan e Biklen “*pretende-se tentar penetrar no mundo conceptual dos sujeitos*”, (1994: 54), de modo a compreender qual o significado que atribuem às situações vivenciadas.

### 3.4- Recolha de informação

Considerando a Metodologia como o caminho para atingir um objectivo, podemos dizer que esta utiliza métodos de pesquisa que se traduzem em técnicas e instrumentos de recolha de dados e de tratamento de informações.

Cada pesquisa possui um delineamento próprio, determinado pelo objectivo da investigação, pela dificuldade na obtenção dos dados, pelo nível de precisão exigido e pelos recursos materiais e temporais que o investigador dispõe.

Para a identificação de um delineamento de pesquisa, o elemento mais importante é o procedimento adaptado para a colheita de dados. Esta resulta portanto da conjugação de dois elementos importantes que é: a definição do método e sua aplicação.

Decidido o método a utilizar foi necessário escolher da gama das diferentes técnicas de inquérito, o modo de inquirir que melhor se adequasse aos objectivos estabelecidos. Para Ghiglione & Matalon estes podem ser escolhidos *“em função da pessoa inquirida para escolher o ponto de vista segundo o qual irá responder, os temas que abordará e os termos que utilizará”* (1992:63).

Assim, como a finalidade do estudo, passa por conhecer as necessidades, e as dificuldades sentidas pelos cuidadores e por quem é cuidado quando da prestação dos mesmos, optámos para este nosso trabalho de investigação, pela **Entrevista**, entendida por Bogdan e Biklen como um método que permite *“recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira com os sujeitos interpretam aspectos do mundo”* (1994: 134). Caracteriza-se portanto, pelo contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores, instaurando-se, em princípio, uma verdadeira troca, durante a qual, aquele exprime as suas percepções.

O investigador facilita essa expressão, evita que se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um máximo de autenticidade e de profundidade. Quanto ao tipo de entrevista optamos pela *estruturada*, ou *semi-directa* pois pareceu-nos que seria a que melhor responderia aos nossos objectivos.

Werner e Schoepfle (1987), afirmam que a *“entrevista permite ao observador participante confrontar a sua percepção do significado atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos com aquela que os próprios sujeitos exprimem”* (citado por Goyette, Boutin 1994:160). Acrescentam ainda que é uma técnica útil e necessária quando se trata de recolher dados sobre as crenças, as opiniões e as ideias dos sujeitos observados.

A utilização da entrevista apresenta vantagens em relação a outras técnicas de recolha de informação, pois, para além de fornecer ao investigador os dados verbais e não verbais que o sujeito transmite, permite também que o investigador utilize as suas competências, no sentido de facilitar a expressão e articulação das experiências vividas pelo sujeito. O entrevistador mantém o controlo, no decurso do processo. Mas embora os idosos sejam de contacto fácil, é necessário construir um ambiente facilitador da entrevista, neste processo interactivo e no sentido de encorajar a livre expressão *“deve-se começar sempre por uma questão aberta e deixar as questões fechadas (idade, sexo, etc.) para o final da entrevista. A reformulação, que consiste numa simples retoma do discurso pelo investigador é, também uma técnica a aplicar”* (Hébert, Goyette e Boutin 1994:163).

Como observa Vala, *“sempre que o investigador não se sente apto para antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados recorrerá a perguntas abertas sendo as respostas depois sujeitas a análise de conteúdo.”* (1986:107)

Nesta técnica, segundo Ghiglione e Matalon, é sugerido ao entrevistado que por palavras suas responda exaustivamente a um tema, que no caso do entrevistado não abordar determinados sub – temas, estes possam ser introduzidos sob forma de novas questões, o qual permite explorar com mais profundidade alguns assuntos.

Com o propósito de organizar e estruturar a sequência das perguntas, concebemos dois guíões orientadores: Um para os idosos, e outro para os enfermeiros.

As primeiras questões referem-se a aspectos sócio demográficos, visando sobretudo a caracterização da amostra. No segundo grupo, o conteúdo de cada uma delas obedeceu a algumas determinantes impostas pela finalidade da investigação, tentando que sejam abordadas questões de natureza cognitiva e afectiva com a finalidade de obter informações relativas à experiência vivida sobre a problemática em estudo: ***A importância da comunicação no cuidar da pessoa idosa.***

Para os idosos abordaremos três grandes focos temáticos:

- 1 - O motivo de entrada para o lar;
- 2 - O grau de satisfação com a entrada para o lar
- 3 - O processo de comunicação.

As questões orientadoras que constam deste guia são:

- Quais os motivos porque veio para o lar?
- Está satisfeito com a solução encontrada?
- Gosta mais de ser cuidado/a por elementos do sexo feminino ou masculino?
- Quando está ser tratada gosta que falem consigo? Quais os assuntos sobre os quais gosta de conversar?
- Quais os interlocutores que privilegia?

Para os enfermeiros os focos temáticos foram:

- 1 - O porquê da escolha em trabalhar com idosos;
- 2 - Quais as barreiras que encontra no processo de comunicação com o idoso;
- 3 - Que estratégias adopta para as ultrapassar.

As perguntas orientadoras foram:

- Porque escolheu trabalhar com idosos?
- Como se dirige habitualmente ao idoso?
- Habitualmente conversa com o idoso, ou só o faz quando solicitada?
- Quais as barreiras ou dificuldades que encontra, quando tem que comunicar com o idoso? E que estratégias adopta para as ultrapassar?
- Que atitudes adopta ou postura adopta para que o idoso se sinta bem tratado?

### **3.5 - Realização das entrevistas**

Para a realização das entrevistas tivemos em conta três questões fundamentais: O pedido de autorização à instituição, a selecção dos entrevistados e a preparação e registo das entrevistas.

Com observam Polit & Hungler (1995) os trabalhos com seres humanos devem, obedecer a três requisitos básicos: a participação voluntária, não causar danos físicos ou psicológicos e a confidencialidade da informação. Deste modo para a realização das entrevistas foi pedido a colaboração e o consentimento aos entrevistados e depois de devidamente explicada as finalidades do estudo.

As entrevistas efectuaram-se apenas com a presença do entrevistado e investigador. As questões foram colocadas verbalmente, conforme guião pré concebido garantindo sempre a flexibilidade nas respostas. O conteúdo das entrevistas foi gravado e depois transcrito manualmente pelo investigador, para posteriormente ser sujeita a análise de conteúdo.

#### 4 - Tratamento da informação

Constituindo a análise de dados um processo de selecção e organização sistemática da informação recolhida, procurámos apresentar de uma forma mais ou menos clara e perceptível possível, os resultados que nos permitem encontrar uma interpretação da problemática em estudo.

Para o tratamento da informação recolhida iremos utilizar a análise de conteúdo, por nos parecer a técnica mais adequada a este estudo, e efectuada com base em diferentes autores como Bardin (1985), Ghinglione & Matalon (1982) e Jorge Vala (1986).

Faremos nesta técnica a desmontagem do discurso e a realização de um novo, utilizando um processo de localização e atribuição de traços de significação, resultado da relação dinâmica que se estabelece entre as condições da produção de discurso, a análise, e as condições de produção de análise. (Vala 1986).

Os discursos produzidos sob as questões colocadas foram transcritos na íntegra e codificados. Este procedimento permitiu-nos recuperar parte do ambiente em que se tinham realizado as entrevistas, bem como as hesitações dos entrevistados perante as questões.

Atendendo a que, o conjunto das entrevistas obedeceu às regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência preconizadas por Bardin (1991), estas passaram a constituir o “*corpus*” de análise sobre o qual se efectuaram os procedimentos analíticos.

O “*corpus*” de análise foi por nós lido repetidamente para apreensão do seu conteúdo, onde as primeiras impressões e orientações forneceram informações que foram as primeiras categorias, que se vieram a consolidar no decorrer da análise.

Como refere Bardin, “*tratar o material é codificá-lo*”. Codificar é transformar os dados iniciais do texto de forma “*a permitir uma representação do seu conteúdo ou a sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto*” (1995:103).

A codificação é, na visão de Bogdam (1994), um modo sistemático de desenvolver e refinar as interpretações dos dados. O processo de codificação inclui a reunião e análise de todos os dados que se referem a temas, ideias, conceitos, interpretações e proposições.

## CAPITULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta fase envolve um conjunto de etapas que na leitura de Bogdan (1994) podemos sintetizar como sendo: Organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões de descoberta de aspectos importantes e do que deve ser apreendido, e decisão final do que vai ser transmitido.

Esta análise confronta-se com um conjunto de decisões relativas ao modo como podem ser trabalhados os dados com vista à interpretação e compreensão do material recolhido.

Começaremos por divulgar as principais características que identificam a amostra que constitui o estudo. Esta opção baseia-se no que diz Almeida & Ferreira (1997:180) “*os primeiros resultados a apresentar numa investigação descrevem a amostra e sub amostra nas suas características mais importantes*”, disponibilizando informação relevante para análise, e para legitimar as conclusões.

### **1- Caracterização da amostra**

A amostra foi constituída em dois grupos, um grupo de vinte e sete idosos escolhidos de um universo de 70 idosos internados no Lar Calvário do Carvalhido, e o outro constituído por treze enfermeiras que aí prestam serviço.

Para garantir a confidencialidade e possibilitando o reconhecimento ao longo do discurso cada um dos sujeitos que constituem a amostra é identificado através de um código.

## 1.1 - Amostra dos idosos

Quadro 1 – Caracterização dos idosos que participaram no estudo.

<b>Código E</b>	<b>Idade</b>	<b>Nível Escolaridade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>N.º Filhos</b>	<b>Sexo</b>
1	76	0	Viúva	3	F
2	84	0	Solt.	0	F
3	79	0	Solt.	0	F
4	86	0	Viúva	0	F
5	87	0	Solt	0	F
6	81	0	Viúva	1	F
7	95	1	Viúva	0	F
8	90	0	Solt	0	F
9	80	1	Solt	0	F
10	71	1	Solt	0	F
11	83	2	Casada	1	M
12	79	1	Viúva	1	F
13	89	0	Solt	0	F
14	91	1	Viúvo	0	M
15	88	0	Viúva	2	F
16	69	2	Solt	0	F
17	87	0	Viúva	4	F
18	93	0	Solt	0	M
19	81	0	Viúva	0	F
20	78	1	Viúva	1	F
21	96	0	Solt	0	F
22	80	0	Casada	1	F
23	83	0	Solt	0	F
24	92	0	Viúva	4	F
25	83	2	Casada	1	F
26	87	0	Solt	0	F
27	91	3	Viúvo	2	M

Fonte: Elaboração própria

Na análise das variáveis que caracterizam este grupo podemos observar:

- A idade dos idosos é bastante alta o que vai de encontro ao fenómeno de envelhecimento actual. Está de acordo com o observado em Portugal e referido nos censos de 2001, que mostram a importância relativa dos mais velhos que aumentou para 6.9 % nas idades acima dos 75 anos (INE- censos 2001).
- Uma preponderância de idosos do sexo feminino confirmando os estudos demográficos já publicados, nos quais se demonstra que *“as diferenças entre os sexos são bem evidentes sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobre mortalidade masculina”* (INE Março 2002). Para outros autores *“a mortalidade masculina é maior e a esperança de vida à nascença e em qualquer outra idade é superior no sexo feminino”* (Melero 1997:33).
- Quanto ao estado civil cerca de metade dos idosos são viúvas, o que é devido ao aumento da mortalidade masculina, como já foi referido anteriormente O estado civil é importante ser avaliado pois a perda de um dos cônjuges, leva a grandes prejuízos emocionais e familiares, com repercussões negativas sob o ponto de vista psicológico, sendo uma das causas importantes de isolamento e institucionalização.
- O nível de escolaridade dos idosos do nosso estudo e avaliados segundo a International Standard Classification of Education (ISCED), em anexo, utilizada pelas Nações Unidas verifica-se ser baixo, pois como se verifica a maioria não tem qualquer nível de escolaridade. (Nível O da ISCED). Estes dados estão de acordo com o publicado pelo INE (Março 2002). O baixo grau de escolaridade é um factor importante que interfere na comunicação, pois terá que haver necessidade de adequação do vocabulário por parte da enfermeira.
- No que se refere ao agregado familiar, a maioria dos idosos do nosso estudo, são solteiras e não têm filhos, o que reflecte um pouco a filosofia desta instituição, que privilegia na admissão, os idosos que vivam sós.

Os resultados das entrevistas foram analisados no sentido de perceber a importância que os idosos dão à comunicação no acto de cuidar. Neste ponto tentaremos perceber qual o motivo que levou os idosos à institucionalização e se de alguma forma interferiu na sua qualidade de vida ou se os afectou psicologicamente interferindo no modo com se relacionam com os outros.

Após avaliação do material descritivo recolhido (dados) este foi classificado e fomos desenvolvendo categorias de codificação que depois foram sub divididas em sub categorias resultantes das unidades de registo, que segundo (Bogdan e Biklen 1994:23), *“são as chamadas unidades de dados que querem dizer partes de notas de campo, transcrições de entrevistas que caem dentro de um tópico particular representado pela categoria de codificação”*.

Vamos de seguida analisar as categorias que se referem ao grupo I (dos idosos) e que ficaram assim classificadas e que apresentaremos em quadros:

- Motivo de entrada para o Lar
- Grau de satisfação com o internamento
- Processo de comunicação

### **Motivo de Entrada para o Lar**

Neste ponto tentamos perceber qual o motivo que levou estes idosos à institucionalização. Assim: A solidão, a doença e os condicionalismos familiares foram as subcategorias mais representativas, conforme quadro 2.

**Quadro 2 – Motivo de entrada para o Lar**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Motivo de entrada para o Lar</b>	<b>Solidão</b> <b>Doença</b> <b>Condicionalismos familiares</b>

Fonte: Elaboração própria

A decisão de entrar numa instituição deveria ser tomada depois de esgotadas as alternativas que os idosos possam ter para continuarem a viver no seio das suas famílias.

Mas devido à quase ausência de programas comunitários de apoio ao idoso dependente, as famílias quando os têm, procuram no internamento a solução mais fácil. A justificação mais frequente é a impossibilidade momentânea ou permanente de continuar o seu papel de cuidadores, quer seja por doença ou por dificuldades económicas ou muitas vezes pelo clima de grande tensão no agregado familiar. “*É preciso reconhecer que cuidar de um idoso dependente ou demenciado é uma tarefa exaustiva*” (Netto 2000:406). Os dados deste autor são também visíveis no nosso estudo.

## **Solidão**

A solidão é certamente um dos aspectos mais graves do envelhecimento humano. Envelhecer quer dizer sem dúvida contar com uma série de derrotas, ao fim das quais a pessoa idosa se vai sentindo cada vez mais só. Para a maioria dos idosos a solução encontrada é o internamento em instituições de acolhimento.

No nosso estudo quase metade dos idosos refere que a solidão foi o motivo principal que motivou a entrada para o lar. “*Sou viúva, não tenho filhos vivia só na minha casa...*” (E6). Por vezes com necessidade de depender de alguém para a manutenção das suas necessidades diárias, “*...vivia só dependia da ajuda dos vizinhos*” (E7). A solidão pode ser uma experiência deprimente, muitos idosos confessam que viver sozinho é muito difícil de suportar, “*...porque tinha medo de viver sozinha... vivia angustiada com medo de morrer abandonada*” (E2). “*Vim porque estava sem ninguém, o meu marido abandonou-me quando fiquei doente...*” (E12).

O medo e angústia que sentem por viverem sós, para muitos dos idosos foi o motivo que os trouxe para o Lar “*vivia só e sem família nenhuma que me desse apoio...*” (E9). Por vezes tinham a companhia dos seus animais de estimação, pois para muitos é o suficiente para não sentirem medo em especial durante a noite “*vivia só... tinha por companhia os meus gatos*” (E21).

A presença de um animal de estimação pode ajudar muito, podemos até considerar um modo terapêutico para uma pessoa que vive só, está de acordo com o que refere Baracco *“Aquele animal, é um «canal de comunicação», é um estímulo à valorização”* (1990:19).

Medo e ansiedade são ameaças e provações à espera dos que entram na velhice *“medo de doenças e morte, medo da insegurança económica, medo do isolamento e solidão”* Deecken (1998:8), tudo isto são receios e angústias presentes na mente e coração de muitos idosos.

Outro aspecto importante referenciado pelos idosos é o facto de no lar nunca estarem sozinhos, de haver sempre alguém por perto, isto afasta o medo de poderem necessitar de ajuda e não terem ninguém, *“...porque vivia sozinha...vivia angustiada com medo de morrer abandonada”* (E2). *“... Nunca casei e não tenho filhos, ...estou só no mundo...tenho medo...”* (E23), *“...foi uma vizinha que me inscreveu pois eu vivia muito só. Tinha medo que me desse alguma coisa”* (E26).

O sentirem-se seguros já é um factor de bem-estar como refere Lenky Moos (1986) (citado por Belsky 1996). A solidão que os idosos demonstram motivada pela independência dos filhos, ou morte de familiares esta com um duplo efeito: por um lado o desaparecimento das pessoas que ama e por outro, o medo da solidão numa etapa da vida que mais necessitam de ajuda e companhia. (Sanz: 2002)

Receios e angústia estão frequentemente presentes na mente e coração de muitos dos idosos do nosso estudo. Como refere Deecken *“medo de doença e morte, medo da insegurança económica, medo do isolamento e solidão”*. (1998:8)

## **Doença**

Quando da avaliação dos idosos devemos antes de mais não esquecer que são seres humanos, mas muito frágeis, como recordou o Papa em 1980 (cit. por Baracco 1990:26) *“É próprio da velhice também um tempo de emurchecimento em que o mundo se pode tornar estranho para uma pessoa, a vida um peso, o corpo um tormento. O peso da idade consiste numa certa fragilidade do corpo os sentidos tornam-se menos sensíveis,*

*os membros menos ágeis e os órgãos tornam-se mais vulneráveis”.*

Nos idosos do nosso estudo, verificamos que para muitos deles a doença ou *“falta de saúde e bem-estar”* é um motivo frequente da necessidade de entrada para o Lar *“...tive uma doença e os médicos deram-me pouco tempo de vida...vim porque não tinha quem me tratasse”* (E2). *“Procurei um sítio onde pudesse ser tratada”* (E1).

Muitas vezes a doença associada ao isolamento agravam a situação psicológica dos idosos *“Estava doente e não tinha ninguém que me tratasse... tive que vir para aqui...”* (E7). *“Adoeci, estive internada e quando tive alta como vivia só, como conhecia a casa pedi para vir para aqui para recuperar.”* (E19).

Não é só a doença em si que preocupa os idosos, mas sim a idade associada à doença e ao medo da dependência física, *“... já estava velha e agora doente... não posso viver só... canso-me muito, pois sofro do coração...”* (E4,E6). *“A idade e a doença tem-me tornado cada vez mais necessitada de alguém que cuide de mim...”* (E8).

Uma situação que se vem tornando cada vez mais frequente, é o pedido de institucionalização para idosos dependentes, feito pelos serviços hospitalares. Habitualmente idosos e doentes com patologias que requerem cuidados continuados e ou não têm família ou estas não têm capacidades económicas para poderem fazer face às despesas, *“...estive no Hospital uns dias e quando me deram alta, mandaram-me para esta casa porque precisava de cuidados de enfermagem...”* (E1).

*“A minha esposa teve uma trombose e ficou muito incapacitada, e eu sozinho não conseguia tratar dela viemos para cá quando teve alta do hospital”* (E11,E15). *“Sabe, tive uma trombose e estive muito mal no hospital, de lá mandaram-me para aqui...”* (E14), *“...tive uma doença nos pulmões...sim, estive internada no hospital e de lá mandaram-me para aqui...”* (E12), *“Fui operada no IPO, como não tinha casa mandaram-me para este lar...”* (E23), *“...eu e a minha esposa fomos atropelados..., estivemos muito tempo internados depois ficamos incapazes de viver sós...”* (E25).

A dependência física ou social afecta a saúde dos idosos. Muitas doenças levam à incapacidade ou dependência de terceiros, que associadas ao isolamento e às depressões, tornam o idoso incapacitado para o desenvolvimento das suas actividades básicas, tais como alimentação, os cuidados de higiene, o caminhar, enfim para poderem ter uma vida digna do ser humano.

O problema da dependência de outros, por motivos de saúde ou por idade avançada, tem vindo a aumentar significativamente, como se compreende pelo aumento da esperança de vida. Pode acontecer que nos idosos residentes em lares, a sua dependência seja potenciada pelas alterações sensoriais, por depressão, contingências institucionais assim como pelo papel desempenhado pelo pessoal. Isto pode conduzir à passividade como referem nos seus estudos Berger (1995), Belsky (1996) Paúl (1996), Pimentel (2001).

### **Condicionalismos Familiares**

Os problemas da mudança de papel do idoso na sociedade prendem – se com a família. O seu papel de chefe de uma unidade familiar, formando a vida dos filhos entra em declínio. De facto os papéis tendem a inverter-se, são agora os pais que passam a depender dos filhos. Os familiares deveriam ser aqueles que deveriam garantir o apoio aos seus idosos, mas na sociedade actual cada vez é mais difícil que isso aconteça.

Para alguns idosos a entrada para o Lar vem ajudar a resolver alguns conflitos familiares: *“O meu filho trabalha e era impossível ficar com duas pessoas em casa a precisarem de cuidados...”* (E25), *“...vim para cá para os meus filhos irem de férias...não voltei para casa deles... sei que não sou o que era mas podia estar com a minha filha...”* (E27). A relação com os filhos é por vezes muito complicada, as culpas por vezes recaem nas noras ou genros, estes, para os idosos são os causadores do seu sofrimento e abandono: *“...a minha nora não se dá muito bem comigo, e para não me sentir um peso decidi eu mesma vir para este lar”* (E22), *“A minha filha não podia ajudar-me, pois o meu genro não deixava”* (E11), *“...fui viver com a minha filha o meu genro não aceitou muito bem... tive que sair de casa...”* (E20).

Existem vários tipos de relações das sogras com as noras e que irão influenciar o tipo de cuidados que lhes irão ser prestados, mas como refere Paul “*o sentido de obrigação de prestação de cuidados a idosos é maior se houver consanguinidade do parentesco*”. (1997:105)

Não existindo por vezes um conflito aberto entre o idoso e os familiares, a vida em comum torna-se difícil. O idoso pode sentir-se um peso sob o ponto de vista económico, ou não se integrar com facilidade no agregado familiar, por não sentir que é bem-vindo: “... *mudei para este lar, porque no outro era muito caro e quem pagava era o meu sobrinho...*” (E5). Por vezes depois de institucionalizados as relações e os conflitos quando existiam, têm tendência a melhorar: “*Sabe tenho dois filhos é certo, mas as minhas noras além de não terem muito espaço em casa não me queriam lá...agora até parece que gostam mais de mim...*” (E15).

Estão de acordo com os resultados encontrados por Paul (1990) e Pimentel (2001). Segundo Paul “*Com a evolução da sociedade o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se cada vez mais difícil. Aqui não é alheio o trabalho feminino fora do lar e a própria exiguidade das habitações*” (1997:93).

A solidão, o isolamento, fracas condições económicas e habitacionais bem como a falta de cuidados de saúde são para muitos idosos os factores que os levaram a darem entrada no lar, no sentido de melhorarem a sua qualidade de vida.

## Nível de satisfação com a vinda para o Lar

Quadro 3 – Nível de Satisfação

Categoria	Subcategorias
Nível de Satisfação	Satisfeito  Insatisfeito  Aceitação/ Acomodação

Fonte: Elaboração própria

A satisfação ou insatisfação demonstrada pelos idosos depende muito dos motivos que os levaram à institucionalização. Naqueles idosos em que a entrada para o lar foi por opção ou por falta de familiares o nível de satisfação é maior. Quando sentem que foram obrigados por condicionalismos familiares, aceitam mal, demonstrando um maior grau de insatisfação.

Nos idosos do nosso estudo a maioria encontra-se satisfeito com o internamento: “...*sim estou satisfeita, agora sinto-me em segurança, aqui tenho tudo...*” (E2), “...*eu em casa estava só... aqui estou bem, não preciso de me preocupar com nada...nada me falta...*” (E7), “*Claro que sim, eu não conseguia viver só e tratar da minha esposa...agradeço a Deus o estar cá ... tratam dela com muito carinho...*” (E11), “*Estou muito satisfeita Sr. Enfermeiro, a decisão foi minha, não vim obrigada... nunca vivi tão bem como desde que estou nesta casa...*” (E18).

Um factor importante para que os idosos se sintam satisfeitos com a vida no lar, é o sentirem-se seguros e com facilidade de acesso aos cuidados de saúde: *“Aqui estou bem sinto-me como se estivesse em minha casa... os lares têm pessoal preparado para tratarem de pessoas como eu, idosas e doentes...”* (E22), *“... sim, fui bem recebido, estava só com a minha esposa acamada... aqui tem médicos e enfermeiras a qualquer hora...”* (E13).

Mas para outros idosos, pelo contrário a entrada para o lar representa um aspecto negativo na sua vida: *“ sinto imensa pena de não poder viver só em minha casa...”* (E8), *“...mas em casa estava melhor...já não me sinto um estorvo...”* (E23). As regras e os condicionalismos da vida numa instituição são por vezes um motivo de desagrado: *“Não estou mal mas a nossa casa é o nosso mundo...aqui temos que fazer o que nos mandam”* (E19), *“...que remédio, aqui não estou mal, saio quando quero, passeio... mas para tudo é preciso pedir licença às enfermeiras...”* (E21).

A perda de autonomia, esta definida por Pearson e al. *“como a liberdade que o idoso tem para decidir sobre si”* (1992:43), é um factor negativo importante para a adaptação à vida no lar. Podem como referem Santos (1995) e Paul (1996) levar à perda de amor-próprio e comportamento automático que por sua vez levam à rejeição da nova situação.

Aqueles idosos, para os quais não foi possível encontrar outra solução, aceitam com alguma resignação a nova vida: *“... a solução foi a melhor...é difícil aceitar que temos que depender de estranhos...”* (E8), *“ Tenho muitas saudades da minha casa ... não queria vir, mas fui obrigada...”* (E9), *“Foi a solução que encontraram para me ajudarem a resolver o problema do isolamento em que vivia... dependia de amigos e vizinhos”* (E12). Embora seja dos familiares de quem sentem necessidade de apoio físico e emocional, também os amigos exercem um grande efeito no seu bem-estar. Estes resultados são coincidentes com os encontrados noutros estudos, nomeadamente de Paul (1996) e Pimentel (2001) que referem que para alguns idosos o ingresso num lar representa uma melhoria nas suas condições de vida, assim como uma estabilidade emocional. Mas para outros, tal como os dados obtidos no nosso estudo, significa uma ruptura, uma perda do seu espaço físico e familiar.

É certo que são muitos os problemas que advém da entrada para um lar, mas, aquele que é mais importante para a maioria dos idosos é a separação ou quebra dos laços familiares. Estes podem ser atenuados se, como diz Netto *“as instituições tiverem abertura para o diálogo com os familiares num ambiente não punitivo, é possível esperar a médio prazo alguma melhoria no relacionamento de pais e filhos em benefício de ambas as partes, além da colaboração na vida instituição”*. (2000:407)

Os resultados do nosso estudo estão de acordo com o que diz Paul: *“a institucionalização ocorre geralmente na sequencia de incapacidade funcional combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais”* (1997:29).

## **Processo de comunicação**

O processo de comunicação humana implica um sistema bastante complexo, e que pode ser influenciado por múltiplos factores: psicológicos, sócio-psicológicos, culturais e espirituais. Contudo o objectivo será sempre: que o destinatário, o receptor, decodifique, entenda, assimile a intenção codificada sob a forma de mensagem do emissor, de forma a poder responder. Tem como objectivo dar resposta às, necessidades humanas sobretudo as necessidades fundamentais.

A comunicação é mais que uma simples troca de palavras, *“trata-se de um processo dinâmico verbal e não verbal, permitindo que duas pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam por em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”* Riopelle (1996) cit por Berger (1995:475). Comunicar é relacionar-se com empatia. Mas para que uma verdadeira relação empática se estabeleça é necessário que se conjuguem vários factores relacionados com as pessoas envolvidas no processo.

Assim, na avaliação das entrevistas do nosso estudo e na categoria que engloba o processo de comunicação percebido pelo idoso definimos as seguintes subcategorias (Quadro 4): Influência do sexo do cuidador, a forma com são tratados, os temas de conversa mais importantes, o momento mais importante para a comunicação e os interlocutores privilegiados.

#### Quadro 4 – Processo de Comunicação

Categoria	Subcategorias
<b>Processo Comunicação</b>	<b>A importância do sexo do cuidador</b>
	<b>Forma como são tratados</b>
	<b>Temas de conversa</b>
	<b>Momentos propícios á comunicação</b>
	<b>Interlocutores privilegiados</b>

Fonte: Elaboração própria

### A influencia do sexo do cuidador

Quando interrogados se para eles era importante o sexo da pessoa que os trata, a maioria dos idosos refere que lhes é indiferente: “...é-me indiferente, gosto é de ser bem tratada e com respeito...” (E1,E6,E9); “... não tenho problema algum... para mim é a mesma coisa...” (E17); “Serem homens ou mulheres que interessa...quero é que me tratem bem...” (E15).

O que é importante para os idosos é a forma como são cuidados, é um aspecto notório em quase todos os inquiridos. Dão muita importância não só aos cuidados mas também à forma como os mesmos são realizados.

A qualidade, o respeito e o carinho, com que são tratados, são para os idosos muito importantes: “É-me indiferente ... só exijo que me respeitem ...” (E13); “ ...não me importo o que é preciso é ser bem tratada...” (E24); “... tanto faz... desde que saibam o que estão a fazer” (E26).

Num estudo referido por Almeida (1999) conclui-se que os idosos valorizam mais os cuidados de enfermagem pela relação que se estabelece, onde a comunicação, o carinho, o respeito são aspectos fundamentais no cuidar. A percepção que os idosos têm confirma uma prática de cuidados assente numa relação de ajuda. Esta visa sobretudo na opinião de Berger *“satisfazer as necessidades superiores de auto estima e auto realização, promover o conforto psicológico, e dar o apoio necessário para nos confrontarmos com as dificuldades existenciais”*. (1995:21)

Os idosos que mostram ter preferências por um ou outro sexo são: os homens que referem não se sentirem tão à vontade *“...tanto me faz...mas para determinados tratamentos preferia que fossem homens...”* (E14); *“Estou mais à vontade com homens...”* (E18). Também as idosas solteiras sentem algum pudor, preferindo ser tratadas por pessoas do mesmo sexo; *“...sou solteira prefiro ser tratada por mulheres...quando são homens tenho vergonha... em especial quando me dão banho.”* (E8); *“...gosto mais de ser tratada por mulheres...”* (E21). Nesse sentido pode ser vantajoso para um idoso ser tratado por enfermeiros do mesmo sexo, na medida em que pode facilitar o estabelecimento de uma melhor relação empática, condicionando uma redução da ansiedade, melhorando assim a comunicação.

Os idosos do nosso estudo demonstraram ter uma grande capacidade de adaptação: *“...gosto mais de ser tratada por uma senhora, mas quando não é possível...lá terá que ser...”* (E19); *“...gostar, gostar, gosto mais de ser tratada por mulheres, mas...”* (E22). Está de acordo com o que refere Berger *“os idosos são mais vulneráveis, têm que modificar os mecanismos de defesa para se adaptarem... e serem capazes de reduzir a ansiedade, o medo e a frustração para manterem a auto estima”*. (1995:166)

### **Forma como são tratados**

A forma como os idosos são tratados pelas pessoas que com eles convivem é muito importante para o seu bem-estar psicológico. Pensamos que uma palavra amiga, um sorriso caloroso e uma suave troca de olhares podem abrir as portas ao encontro com o idoso. E assim o verificamos com o decorrer do nosso estudo.

Os idosos quando inquiridos para se pronunciarem sob a forma como são tratados no seu dia a dia, e se gostam desse tratamento, muitos deles referem que: “...*não me importo com a forma como me tratam, não é importante...logo que não me faltem ao respeito...*” (E2); “...*às vezes por menina... ou pelo nome. Não me importo aqui são nossas amigas e não me faltam ao respeito...*” (E3); “*Tratam-me pelo nome...mas não é sempre desse modo...não me importo se forem carinhosas comigo...*” (E12).

Muitas vezes quem lida diariamente com idosos tem a tendência a ver neles os avós que não têm e tratam-nos com mais familiaridade, ou por diminutivos. Mas se há idosos que não se importam, outros referem não gostar desta forma de tratamento: “...*não gosto de ser tratada por avozinha...elas sabem mas para me verem zangada...*” (E4); “...*às vezes as meninas tratam-me por avó ou avozinha não gosto muito...*” (E10).

Isto está de acordo com o referido por Destéfani que refere que a maioria dos idosos “*gosta de ser chamado pelo nome ou pelo menos ser respeitado nas suas preferências*” (2001:36), assim como a ser tratado por avó ou avô, referem detestar, pois as pessoas que assim os tratam “*estão a ocupar um lugar que não lhes pertence, um lugar reservado aos netos*”. (ibidem)

## **Temas de conversa**

Toda a pessoa vive e enfrenta a seu modo os desafios, os problemas e as promessas da idade avançada. “*O idoso herdou um dos valores mais preciosos para a sociedade moderna – o dom do tempo*” Destéfani (2001:23). Temos a obrigação de o fazer investir nesse dom, incentivando-os à partilha de conhecimentos e experiências.

Procurámos saber se gostavam de conversar e quais os assuntos que mais interesse lhes despertava como tema de conversa. Todos foram unânimes em dizer que gostavam de conversar, mas quanto aos temas diferiam um pouco: “*gosto muito de conversar com toda a gente e de qualquer assunto*” (E2); “...*gosto de falar de tudo um pouco...até das telenovelas que vejo habitualmente...*” (E7).

Os assuntos de conversa são variados, mas nota-se a influência que a televisão tem sobre essa temática, não só entre os idosos mas também quando conversam com outros interlocutores: “... gosto de conversar de tudo um pouco em especial do que vejo na televisão...” (E1); “...de qualquer coisa... das telenovelas...da miséria que vai pelo mundo” (E10); “como vejo muita televisão gosto de conversar sobre o que vejo...e de falar sobre os meus tempos de moça” (E23).

Como refere Destéfani “Os idosos gostam de lembrar e reviver factos acontecidos do passado e emoções inesquecíveis, momentos bonitos para quem os viveu” (2001:42), também isso se nota nalguns idosos por nós inquiridos: “...falar da minha infância, da minha família...ouvir as outras pessoas contarem as suas histórias...” (E5); “falo muito da minha juventude...lembrar do tempo em que tinha muitos amigos com quem convivia...” (E8); “...das partidas que pregava aos rapazes...e do que me lembro de quando era nova” (E17); “recordo em especial os meus tempos de rapariga, dos namorados, das histórias dos namoros...é bom recordar para quem gosta de nos ouvir.” (E19).

Envelhecer é recordar. Os idosos têm necessidade de repetirem as suas histórias enquanto houver alguém que os oiça. “A lembrança é o que sobra do passado; o sentimento que desperta é o que alimenta o caminho para o futuro” (Destéfani 2001:50).

Mais tarde ou mais cedo a velhice leva à morte. Assim alguns idosos revigoram a sua confiança e dependência em Deus. Também nos dados que obtivemos os idosos utilizam a sua religiosidade nas conversas do dia a dia: “...gosto de falar de tudo um bocadinho...de Deus... está cá muita gente e conversar não me faz sentir tão só...” (E4); “... aqui falamos de tudo o que se passa pelo mundo... mas nas nossas conversas falamos muito da vida de Deus...” (E27).

Para além destes alguns idosos referem gostar de falar dos seus filhos e netos: “...converso de tudo, das coisas que acontecem...dos meus filhos...sim porque me lembro muito deles...” (E24); “...falar da minha filha, assim lembro-me mais dela, parece que estamos perto...” (E6).

A população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais na qual a família exercia um importante papel. *“Tal situação de valorização afectiva e social da família permanece de maneira nítida no sub consciente e consciente da grande maioria dos idosos”* (Netto 2001:92).

Na avaliação das respostas dos idosos, fomos confrontados com a diferença que existe nos temas preferidos por idosos do sexo masculino e feminino. Os homens referiam preferir temas ligados aos acontecimentos políticos recentes: *“...falo de tudo um pouco mais das notícias...de futebol e de assuntos que dizem respeito à vida do lar...”* (E18); *“gosto de ouvir e contar anedotas...das coisas da vida... e de politica.”* (E11). As mulheres contudo os assuntos que debatem estão muitas vezes relacionados com elas próprias ou da família, criando com o ouvinte melhores relações de empatia. Estes resultados estão de acordo com os de Júlia Wood (cit. por Adler, Towne 2002:100).

### **Momentos propícios à comunicação**

Quando interrogados acerca do momento que os idosos pensam ser mais propícios à comunicação, quase todos são unânimes em reafirmar o seu desejo em comunicar, em qualquer altura do dia ou da noite: *“...não tenho momento do dia ou da noite...o que é preciso é ter alguém que me oiça”* (E1, E4); *“...para conversar não é preciso ter horas...é quando nos apetece...”* (E2,E6,E8); *“conversar faz bem, alivia-nos...qualquer hora é boa”* (E9,E12).

Para muitos a hora das refeições é a altura mais propícia à comunicação, porque estão todos juntos, e têm presentes na sala pessoas que estão mais disponíveis nesse momento: *“...na hora das refeições que é quando temos mais quem nos dê atenção...”* (E14); *“...às horas das refeições... mas qualquer hora é boa...”* (E18); *“...gosto muito de conversar e todas as horas são boas...na sala das refeições e nos passeios é que aproveitamos...”* (E21).

Mas um dos momentos que os idosos consideram ser os mais importantes para poderem estar a conversar mais à vontade, e com as enfermeiras, é durante os cuidados: “...a todas as horas, até na hora das refeições...e quando me estão a tratar... considero que tudo se torna mais fácil...e conseguimos por os nossos problemas...” (E13); “...a qualquer hora em especial quando me estão a tratar, e me animam com a minha doença” (E17); “...todos os momentos são bons, mas quando me estão a tratar ou a dar de comer...assim conversam só comigo...” (E25).

Pela análise dos resultados podemos observar a importância que os idosos dão à comunicação, essencialmente durante os cuidados. É um sinal de que se estão a preocupar com eles e a demonstrar algum interesse pelo seu bem-estar.

### **Interlocutores Privilegiados**

O nível de relação que se estabelece entre os idosos dentro da instituição nem sempre é fácil, a convivência mais ou menos forçada, com a partilha do mesmo espaço, com pessoas que não se conheciam antes, pode ter reflexos negativos na integração numa realidade entendida por muitos como hostil.

Por vezes adoptam uma atitude de conformismo, como refere Pimentel (2001): “... falo com quem fala comigo...” (E6); “...sabe que as minhas colegas, algumas, gostam de falar mas eu nem sempre tenho paciência...” (E21). estabelecem simples relações de convivência.

Mas nos dados em análise são muitos os idosos que estabelecem verdadeiras amizades dentro da instituição com os residentes, ou outros e que privilegiam para conversarem: “...a pessoa com quem mais converso é com a minha companheira de quarto” (E2); “...converso muito com a minha companheira de quarto” (E7); “... converso mais com os outros idosos, mas também com as auxiliares e com as enfermeiras...” (E9,E10).

De referir que estes resultados estão de acordo com os descritos por Souto Lopes (1990) e citados por Pimentel (2001), que referem 50% dos idosos institucionalizados referem ter boas relações com os outros, 35% relacionam-se bem mas só com alguns e 15% declaram ter más relações com os outros.

Mas se a comunicação entre os idosos não se pode dizer harmoniosa, com os funcionários auxiliares e voluntárias, existindo por vezes algumas incompatibilidades, são interlocutores privilegiados, assim como com as enfermeiras: “...quem conversa mais comigo são as meninas e as senhoras enfermeiras quando têm tempo...” (E4); “...é com as meninas que nos tratam...e com as voluntárias...” (E13); “... falo muito com as voluntárias pois na sala estão sempre connosco...” (E14); “Toda a gente fala comigo mas as empregadas ...e as voluntárias pois estão sempre nas sala...” (E18); “as funcionárias quando podem ficam um pouco ao pé de nós, mas o tempo é pouco para os afazeres...as voluntárias sentam-se e conversam connosco...” (E25).

A existência de enfermeiras na instituição é importante e os idosos reconhecem que a relação que se estabelece durante o cuidar é um factor positivo, embora reconheçam que existem limitações pela falta de disponibilidade: “...converso com as auxiliares, e com as enfermeiras quando não têm que fazer ou quando estão a tratar de nós...” E5; “converso muito com a minha companheira de quarto...claro que as enfermeiras conversam, mas o trabalho é tanto que só o fazem quando podem...” (E7); “...gosto muito de falar com as senhoras enfermeiras mas elas só podem enquanto fazem os pensos...compreendo que o trabalho é muito” (E23).

Os múltiplos afazeres e o pequeno número de enfermeiras, são factores que os idosos referem ser impeditivos para estabelecerem com eles uma maior e melhor comunicação: “...Converso com a minha companheira de quarto...claro que as enfermeiras conversam, mas o trabalho é tanto que só quando podem...” (E7); “...com quem converso mais é com os idosos...as senhoras enfermeiras essas coitadas, o tempo é pouco para conversas” (E12); “todas as pessoas que trabalham no lar conversam connosco, por vezes o tempo é pouco para os afazeres” (E15); “quer as enfermeiras quer as voluntárias ...as enfermeiras também falam, mas é mais a correr...pois é só uma para tantos idosos...” (E17).

Embora as enfermeiras sejam em número insuficientes para as necessidades, as idosas reconhecem que conversam sempre que lhes é possível especialmente aproveitando o momento dos cuidados. “...as senhoras enfermeiras falam mais quando me estão a tratar...e quando chamam por nós têm sempre uma palavra amiga de consolo...” (E8); “...gosto muito de falar com as senhoras enfermeiras, mas elas só quando podem e enquanto me fazem os pensos...compreendo, o trabalho é muito...” (E23).

## 1. 2 - Amostra dos enfermeiros

Vamos agora analisar os dados obtidos no grupo II (das enfermeiras), amostra em que foram incluídos todas as enfermeiras que trabalham no Lar Calvário do Carvalhido. Esta instituição tem assegurada assistência de enfermagem nas 24 horas, fazendo turnos de 8 horas diurnos e 12 horas nocturnos.

**Quadro 5 – Caracterização do grupo de enfermeiras.**

<b>Código (E)</b>	<b>Idade</b>	<b>Anos de trabalho com idosos</b>	<b>Sexo</b>
1	35	8	F
2	68	7	F
3	28	2	F
4	68	7	F
5	62	5	F
6	48	6	F
7	25	1	F
8	46	4	F
9	58	10	F
10	61	12	F
11	41	6	F
12	38	9	F
13	31	3	F

Fonte: Elaboração própria

Pela análise deste quadro podemos observar que as enfermeiras que prestam serviço nesta instituição são todas do sexo feminino, isto é porque um número significativo delas pertence a uma ordem religiosa que se dedicam essencialmente ao tratamento de doentes idosos e dependentes, e também porque ainda nesta profissão o número de profissionais do sexo feminino é maior, como refere (Costa 1998:67) mas já (Collière 1989:35) referia que *“os modelos de formação em enfermagem têm a sua história construída à volta da preocupação permanente de assegurar a continuidade da vida identificável em tempos com a mulher consagrada até aos fins do sec. XIX e com a mulher enfermeira auxiliar do médico até fins dos anos 60”*.

A sua idade é variável, e a maioria trabalha com idosos há mais de seis anos. O tempo de trabalho com idosos é muito importante pois embora não tenham qualquer formação ou especialidade na área da geriatria, os conhecimentos demonstrados são adquiridos na sua maioria, com a prática que os anos de trabalho lhe vão dando.

Seguidamente foram trabalhados os resultados das entrevistas realizadas no sentido de perceber a importância que as enfermeiras dão à comunicação no acto de cuidar.

Percepção, tal como vem definido na Dicionário é a tomada de conhecimento sensorial dos objectivos ou de conhecimentos exteriores; acção de conhecer pode ser consciente e é “*interna*” ou pela inteligência e é “*intelectual*”.

Comunicação “*trata-se de um processo dinâmico verbal e não verbal que permitindo que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam por em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações*”. (Riopelle 1986) e citado por (Berger 1995:475).

Existem diversas formas de comunicação: para (Berger 1995:476) temos a comunicação do dia a dia, a terapêutica e a pedagógica.

A finalidade que se pretende atingir com o idoso é não só estimular a comunicação do dia a dia como também a comunicação terapêutica implicando esta uma relação de ajuda.

Cuidados de enfermagem, são de acordo com o regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REEP-1996) “*as intervenções autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas classificações profissionais*”.

Foi na base destes pressupostos, e após avaliação do material descritivo recolhido (dados) que este foi classificado e fomos desenvolvendo categorias de codificação que depois foram sub divididas em sub categorias e por fim em unidades de registo, que para Bogdan e Biklen, “*são as chamadas unidades de dados que querem dizer partes de notas de campo, transcrições de entrevistas que caem dentro de um tópico particular representado pela categoria de codificação*” (1994:23). Deste modo surgiram as duas categorias agrupadas no quadro 6 e que são: Motivo porque escolheu trabalhar com idosos e processo de comunicação.

**Quadro 6 – Grupo dos Enfermeiros (Categorias e subcategorias)**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Motivo porque escolheu trabalhar com idosos</b>	<b>Motivações económicas</b> <b>Vocação / Opção</b>
<b>Processo Comunicação</b>	<b>Modo de Tratamento do idoso</b> <b>Momento propicio á comunicação</b> <b>Barreiras á comunicação</b> <b>Estratégias para ultrapassar as barreiras à comunicação</b>

Fonte: Elaboração própria

### **Motivo porque escolheu trabalhar com idosos**

Nesta categoria procurámos averiguar quais as motivações e interesses que levaram estas enfermeiras a trabalharem com idosos. Assim foram encontradas duas subcategorias: motivações económicas e opção/ vocação.

**Quadro 7 – Motivo pelo qual escolheu trabalhar com idosos**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Motivo porque escolheu trabalhar com idosos</b>	<b>Motivações económicas</b> <b>Vocação / Opção</b>

Fonte: Elaboração própria

## Motivações económicas

Algumas das inquiridas respondeu que os motivos porque vieram trabalhar para esta instituição foram motivos económicos. Isto é, embora lá se encontrem voluntariamente estão algumas delas em regime de acumulação: “...no hospital onde trabalho tenho muito contacto com idosos... fui convidada para vir para esta instituição, aceitei pois não me era difícil este tipo de trabalho. E como necessitava de mais um pouco...” (E1); “Acabei o curso e como ainda não tinha emprego, ofereci os meus serviços e logo que houve vaga entrei... foi o meu primeiro emprego...” (E7); “...estou aposentada da função pública, surgiu a oportunidade...é uma maneira de ganhar mais um pouco...” (E2).

Embora o motivo inicial fosse de ordem económica, este não interferiu nos seus percursos profissionais. A riqueza de experiências e o desejo de ampliar os conhecimentos não deixa de ser reconhecido por algumas das intervenientes. As relações que estabelecem são também motivos identificados para aí continuarem a trabalhar: “...agora é difícil arranjar emprego...posso dizer que foi aqui que comecei. Gosto muito, e tem sido muito gratificante...tenho com os idosos relações de grande carinho... sinto que sou útil...” (E13).

## Opção/Vocação

A opção foi outros dos motivos apresentados para estarem a trabalhar com idosos. A experiência anterior (estágio), é referido como um factor de decisão: “acabei o meu curso, como tinha estagiado aqui ...logo que tive oportunidade vim para cá...” (E7); “...fiz um estágio nesta área, apercebi-me como era difícil trabalhar com esta faixa etária...mas ao mesmo tempo considero um desafio. Os idosos são uma inesgotável fonte de conhecimentos...” (E8). Fica demonstrada a importância que teve ter estagiado num lar de idosos, não porque ficou a gostar mais, mas pela mudança que sofreu a sua forma de cuidar deles, ficando mais sensibilizada para esta temática. Podemos dizer que a escolha foi feita após ter vivenciado o trabalho com os idosos.

Estamos de acordo com o que refere Costa de que *“a formação dos enfermeiros nomeadamente em cuidados às pessoas idosas tem permanecido aquém da mudança social ocorrida”* (1994:99). São ainda poucos os que por opção escolhem esta faixa etária, *“...por opção, tem sido muito gratificante...são na sua maioria pessoas sem família e muito desprotegidas...”* (E4); *“Optei por trabalhar com idosos por serem pessoas muito carentes...tem sido um trabalho muito estimulante...”* (E12).

O sentirem-se vocacionadas para trabalharem com idosos, foi uma das razões apontadas como importantes para um número significativo de enfermeiras: *“...trabalhar com idosos, pouca gente gosta...mas já são tão pouco acarinhados pelos familiares que necessitam de alguém que os compreendam”* (E11).

Na análise desta questão podemos observar que a razão que os levou a trabalhar com idosos parece não implicar com a posição que posteriormente desenvolvem. O que de certa forma confirma as posições de Friedberg e (cit. por Costa) *“qualquer que seja o grau de constrangimento que um sistema faça pesar sobre os seus membros, estes transformam-no constantemente pelas suas condutas”* (1998:96).

Assim podemos observar que os motivos que as levou a trabalhar com idosos, e a forma como o têm continuado a fazer ao longo dos anos, a aprendizagem que daí resultou faz com que tenham uma visão alargada sobre a importância da comunicação.

## **Processo de comunicação no cuidar**

A necessidade de comunicar é uma das mais importantes na hierarquia humana. A comunicação no cuidar é uma relação que se estabelece entre quem cuida e quem necessita de cuidados. É uma relação interpessoal e inter actuante com o propósito de levar o idoso a mudança, pois estes estão numa etapa da vida em que são mais vulneráveis e muitas vezes dependentes, necessitam de alguém que os ajude a aceitar esta nova etapa da vida.

A enfermeira é a profissional que está sempre disposta a personalizar os cuidados, fazendo com que o idoso se sinta à vontade para estabelecer uma relação facilitadora da comunicação, de forma a poder resolver todos os seus temores e preocupações.

Assim neste processo estão envolvidos vários factores que podem interferir no processo comunicativo, e que podem alterar a forma como o idoso é cuidado. Mas depois de identificada a necessidade e de se estabelecer uma comunicação eficaz, temos que identificar as barreiras que vamos encontrar para estabelecermos estratégias para se poderem ultrapassar.

**Quadro 8 – Processo de Comunicação**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Processo Comunicação</b>	<b>Modo de Tratamento do idoso</b> <b>Momento propicio à comunicação</b> <b>Barreiras à comunicação</b> <b>Estratégias para ultrapassar as barreiras à comunicação</b>

Fonte: Elaboração própria

### **Modo de tratamento do idoso**

No primeiro contacto com o idoso, há necessidade de se estabelecer uma relação de confiança para que o idoso se sinta a vontade.

Para as enfermeiras do nosso estudo o modo de tratamento do idoso é importante, pois são pessoas que necessitam de serem ajudados a encararem não só as limitações próprias do envelhecimento como as decorrentes de uma institucionalização por vezes não desejada, ou mesmo imposta: *“A primeira abordagem é importante...depois de perguntar como gostam de ser tratados tento preservar a sua vontade...Trato-os com eles gostam...”* (E2); *“...converso com eles no dia em que entram, tento saber como eram tratados por familiares e amigos... é importante pois faz com que não se sintam desligados do que era o seu ambiente familiar...”* (E5); *“...tento sempre tratá-los da forma que eles mais gostam...”* (E7,E13).

Assim procura satisfazer-se ao idoso uma das necessidades humanas básicas descritas por Virgínia Henderson que é identificada como *“agir segundo as suas crenças e valores”* (Berger 1995:12).

Alguns indicadores mostram-nos por vezes que o modo como são tratados nem sempre são os mais correctos como, a utilização de diminutivos ou de termos mais familiares: *“... muitas vezes uso diminutivos quando percebo que os idosos não se importam...”* (E7); *“...por vezes utilizo os termos avô ou avó como forma de demonstrar carinho...é mais familiar...”* (E11); *“...sempre pelo seu nome...por vezes trato-os por tu...”* (E10).

Estas formas de tratamento devem ser evitadas, isto é, as *“enfermeiras devem evitar a todo o custo infantilizar os idosos, pois diminuem as suas hipóteses de atingirem uma melhor qualidade de vida”* (Berger 1995:65).

Cuidar de idosos não importando a sua fragilização ou confusão requer uma abordagem holística, devem portanto ser tratadas como um todo e não esquecer que nem todos são iguais. Assim quando da abordagem de um idoso e para que se possa estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, devemos saber aceitar e reconhecer as diferenças: *“...depende do idoso...habitualmente trato-o pelo nome próprio ou de outro modo se eles mostrarem essa vontade...nem todos são iguais...”* (E1); *“...varia com o tipo de personalidade do idoso...é muito importante que os idosos vejam em nós uma amiga...”* (E4); *“...o tratamento é importante para os idosos...não pode ser muito formal. Tento fazê-los sentir que estou a fazer o melhor para eles...”* (E10).

Isto está de acordo com o diz (Cibanal 1991:7) “*o enfermeiro deverá ser capaz de uma qualidade de acolhimento feito de bondade, responsabilidade e de interesse desinteressado*”.

Os resultados encontrados no nosso estudo estão de acordo com o que refere Netto “*é importante que os funcionários...tenham oportunidade de conhecer elementos da vida dos idosos para que possam relacionar-se com ele, como uma pessoa e não como um vovô ou vóvó sem nome ou identidade*” (2001:408). Também no nosso estudo encontramos esta forma de tratamento e com a qual não concordamos.

### **Momentos propícios à comunicação**

O estabelecimento de uma boa comunicação é importante para que o idoso atinja uma situação de bem-estar físico e psicológico. Como já tivemos oportunidade de referir os idosos gostam de conversar e sentem que um contacto mais directo com a pessoa que os cuida é muito importante, assim como para os profissionais. Estes sentem que estão realmente a ajudar os idosos

Pois como diz (Phaneuf 1995:25) a relação de ajuda é “*uma relação particularmente significativa que se instaura entre um ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência dum problema de um sofrimento, e que sente dificuldade em os enfrentar sozinho, em encontrar os meios de os aceitar de se adaptar ou de sair destes e um ajudante, na ocorrência uma enfermeira, que em dado momento o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face. É uma troca tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico ou psicológico*”. O idoso deve sentir-se à vontade e a enfermeira tem que demonstrar disponibilidade para comunicar: “*...sempre que tenho tempo...privilegio a hora das refeições e quando dos cuidados...é o momento de maior intimidade*” (E1); “*...infelizmente o tempo é pouco, mas sempre que posso, paro um bocadinho e sento-me a ouvi-los...*” (E2); “*...para os idosos é muito importante que se converse com eles...temos sempre pouco tempo, mas quando bem aproveitado, uns minutinhos já são bons...*” (E10); “*quando posso e sempre que vejo que um ou outro idoso precisa...mas privilegio a hora das refeições.*” (E12).

Nos dados de que dispomos nota-se a importância que as enfermeiras dão à comunicação, sentindo que deveriam ter mais disponibilidade para estarem com os idosos. *“A disponibilidade da enfermeira para ouvir o idoso é um dos pontos básicos para que ele adquira confiança e estímulo em relação aos cuidados”* (Netto 2001:211). Para nós é um factor importante, pois a falta de disponibilidade por parte das enfermeiras, consideramos ser uma barreira importante para que se atinja um bom nível de cuidados.

De uma forma geral a enfermeira que trabalha com esta faixa etária sabe que todos os momentos são bons para que conversar ou melhor estabelecerem formas adequadas de comunicação, mas existem momentos privilegiados: *“...o momento dos cuidados é a altura em que posso estar com os idosos, e com calma conversar um pouco mais...”* (E3); *“Conversar com os idosos é importante, aproveito quando da prestação dos cuidados para lhes dar mais atenção...”* (E6).

Também para o estabelecimento de uma relação de ajuda informal a hora das refeições deve ser um momento a privilegiar, pois os idosos, têm muitas vezes dificuldade em se alimentarem sem ajuda, pelo que a enfermeira aproveita essa altura para lhes testemunhar a sua disponibilidade e estabelecer com eles uma verdadeira relação empática: *“...não há grande tempo, o trabalho não o permite, aproveito a hora das refeições pois estou com eles sem outros afazeres...”* (E7); *“...aproveito a hora dos cuidados e das refeições para estar mais calmamente a conversar com os idosos...por vezes não é tanto conversar mas mais ouvir...”* (E8); *“sempre que sou solicitada por alguém... senão aproveito a hora das refeições e dos cuidados”* (E11)

Pelo que nos foi dado analisar no nosso estudo as enfermeiras reconhecem a importância que a comunicação tem para os idosos. Estabelecer uma relação empática nem sempre é fácil, pois apresentam limitações de várias ordens.

O tempo de que as enfermeiras dispõem é escasso, os afazeres são múltiplo, mas têm a noção de se forem aproveitados os momentos dedicados aos cuidados, que são os mais privilegiados para lhes captar a confiança e o respeito e estabelecer com eles uma verdadeira relação de ajuda, na tentativa de ultrapassar as dificuldades encontradas.

## Barreiras à comunicação

Todo o cuidar em enfermagem exige como já tem sido referido, uma relação de ajuda e implica comunicação. Mas para que esta seja biunívoca e enriquecedora devemos ter em conta que cada interveniente esteja consciente dos seus pensamentos e sentimentos, exprimindo-se de forma adequada, aceite os pensamentos e sentimentos do outro, e responda de forma activa. Isto é, uma relação entre duas pessoas depende da forma como se comunica.

Se a comunicação é basicamente uma relação entre dois indivíduos esta torna-se complexa na medida em que pode ter interferências múltiplas: Factores que afectam o individuo (psicológicas, biológicas e psicossociais) factores ambientais (ruído, falta de privacidade, falta de espaço...) até factores sócio culturais e religiosos.

É inegável que o enfermeiro é o profissional privilegiado no contacto com o idoso e por isso deverá demonstrar respeito e obter a sua confiança. Mesmo que a sua linguagem seja deficiente e os recursos à comunicação limitados, o enfermeiro tem de saber reconhecer as barreiras que encontra e como as ultrapassar.

O processo de envelhecimento afecta particularmente o sistema nervoso central o que irá influenciar a personalidade dos idosos: podem apresentar alterações cognitivas graves (diminuição da memória, do raciocínio e compreensão), alterações sensoriais graves (diminuição da audição, do olfacto, da visão e do paladar). Quer umas quer outras diminuem a capacidade de comunicação).

O nosso estudo revelou que a maioria dos idosos apresenta barreiras importantes à comunicação e que são facilmente identificáveis pelas enfermeiras: *“As barreiras à comunicação com o idoso são várias, desde as cognitivas, intelectuais e outras...Têm dificuldade em nos compreender e em se fazer compreender...”* (E2.E5); *“...as doenças de ordem psíquica são uma das mais importantes. As cognitivas também.*

*Os doentes que não vêem ou não ouvem também apresentam grandes dificuldades no processo de comunicação” (E7), “ ...apresentam diminuição da audição, de se mobilizarem...por vezes é impossível estabelecer uma comunicação eficaz...” (E10); “...as barreiras encontradas são de diversas ordens, muitas delas ligadas ao processo de envelhecimento, alterações auditivas, visuais e psicológicas. Há processos patológicos que podem interferir nomeadamente AVC com disartria...” (E4).*

A audição é o primeiro dos sentidos em que se detectam alterações funcionais objectivas. É de instalação insidiosa mas provoca dificuldades acrescidas nas relações interpessoais: *“...são de várias ordens, normalmente encontramos nos idosos diminuição da audição, visão...as alterações psicológicas são muito importantes...” (E6).*

Além da diminuição da audição, também a perda de visão interfere com a comunicação, pois, esta é crucial para a interpretação da linguagem não verbal, como: expressões faciais, movimentos dos lábios, movimentos corporais etc: *“...imensas, mas umas fáceis de ultrapassar outras mais difíceis... a maior parte dos idosos ouve mal, pelo que evitam falar e isolam-se noutros a visão está diminuída e muitas vezes ausente, se não formos nós a aproximarmo-nos esses idosos ficam no seu canto sem falar com ninguém...” (E12).*

Estes idosos estão sujeitos a problemas de saúde de alguma gravidade e que lhes vão condicionar algumas limitações em termos de comunicação das quais destacamos a perda da capacidade motora como sequelas de AVC resultando daí uma barreira indirecta à comunicação, pois não conseguindo mobilizar não procuram actividades que fomentem as relações sociais. As alterações da linguagem (disartrias) podem também levar o idoso ao isolamento pois não conseguem transmitir verbalmente de maneira compreensível as suas angústias e sentimentos: *“As barreiras encontradas são de diversas ordens... muitas delas ligadas a processos patológicos que vão alterar a comunicação, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais com disartria... sem se poderem mobilizar...” (E4)*

Mas outros factores individuais, familiares e ambientais podem influenciar negativamente a comunicação, como sejam a desagregação familiar e a solidão em que o idoso vivia e até a própria institucionalização: “...são variadas e por vezes difíceis de ultrapassar. A adaptação a um novo ambiente, o desconhecimento das pessoas, a reserva ao modo como irão ser tratados, ...tudo são motivos para que os idosos sintam dificuldade em comunicar” (E8); “...uns porque ouvem mal, outros porque vêem mal outros porque estão intelectualmente diminuídos...e também o desinteresse pela vida, a revolta pelo abandono a que por vezes são votados pelos familiares...” (E9).

A actuação da enfermeira junto ao idoso deve assentar no conhecimento não só dos aspectos fisiológicas do envelhecimento, mas também nas suas características psicológicas, emocionais e condicionalismos familiares, para assim poder ultrapassar as barreiras que encontra quando da comunicação, no sentido da retoma das suas capacidades funcionais e poder alcançar a sua independência e bem-estar.

### **Estratégias para melhorar a comunicação**

O ambiente de uma instituição de acolhimento pode ser um local estranho, e de provocar mudanças no comportamento dos idosos levando-os por vezes ao silêncio, tristeza e desinteresse. A enfermeira precisa de prestar atenção, isto é, saber observar e identificar as dificuldades que demonstram em comunicar, no sentido de arranjar estratégias que os possam ajudar.

Não só pela comunicação verbal, mas também pela não verbal, isto é, pela expressão do rosto, dos movimentos, do olhar e até o próprio silêncio a enfermeira pode compreender se o idoso está bem ou necessita de algum apoio, pois há momentos de solidão e sofrimento, mesmo quando rodeados de gente.

Alguns idosos apresentam grandes dificuldades em comunicar, por doença ou simplesmente pelo normal processo de envelhecimento. Uns não conseguem expressar, mas podem compreender o que se lhes diz, outros falam mas não integram as informações.

Assim, a enfermeira tem que arranjar estratégias para conseguir uma comunicação eficaz. Estas como já dissemos, podem utilizar a linguagem verbal ou não verbal, dependendo do idoso com quem se quer comunicar. Para tal são necessários: tempo e disponibilidade. Mas uma das grandes dificuldades apontadas pelas enfermeiras do nosso estudo é a falta de tempo: “...tenho alguma dificuldade em gerir o tempo, pois é pouco para as tarefas que temos que executar. Converso sempre que posso... se algum precisa, adio o que tenho a fazer para o ouvir no momento em que precisa...” (E1); “...tento estabelecer prioridades nas tarefas que tenho que fazer. Deixo o que pode ser adiado para poder responder a alguma solicitação dos idosos...” (E6).

É certo que adiando algumas tarefas não menos importantes, mas que pode ser executadas numa outra altura, e poder ouvir um idoso que necessita, evita situações geradoras de sentimentos de ansiedade, ou aborrecimento. Pois para muitos idosos uma palavra, um carinho ou somente chegar ao pé deles e ouvi-los com um sorriso enche-os de felicidade. “O tempo gasto a ouvir um idoso é tão importante com o tempo gasto assistindo às suas necessidade diárias... pode fazer com que a enfermeira compreenda melhor os sentimentos e duvidas e a sua dificuldade de verbalização...” (Netto 2000:220).

A comunicação com o idoso é uma troca mutua na busca de compreensão e que se vai aperfeiçoando à medida que vamos melhorando os nossos conhecimentos na área da geriatria: “...tenho que com a experiência, mais sinto o quanto é importante estar atento às necessidades dos idosos. Procuo nunca deixar de responder às suas solicitações e parar m pouco para os ouvir...” (E3). Sendo a “falta de tempo” um dos impedimentos ao estabelecimento de uma comunicação eficaz como já referimos, as enfermeiras referem a necessidade de definirem prioridades nas tarefas e nos cuidados: “...quando sou solicitada adio as tarefas menos importantes para outra altura, e converso, ou melhor por vezes sento-me ouvindo o que tem para me dizer...” (E2); “...Nem sempre é fácil, mas sistematizo as intervenções a prestar a cada idoso e vou executá-las por prioridades. Quando é possível sento-me um pouco ao pé deles tentando criar um momento propício para que eles possam conversar...” (E7). A criação de um ambiente propício é muito importante pois evitam-se as barreiras criadas pelo meio físico (o ruído ambiental por exemplo).

A solidão é como já foi dito, é muito sentida pelos idosos, eles necessitam de sentir-se acompanhados, de terem alguém por perto para com eles partilharem essa solidão, se assim não for fecham-se no seu mundo o que vai dificultar o processo de comunicação e integração. As enfermeiras do nosso estudo no sentido de ultrapassarem essa barreira referem que: “...quando é possível faço um intervalo nas actividades do turno para conversar um pouco e fazer-lhes companhia... são muito carentes, muitos deles viviam sós ou não tinham família, se não formos nós aqui ninguém conversa com eles...” (E8); “...Melhora-se a comunicação arranjando tempo para estar com eles...ouvi-los, não os deixar sós...estar atenta às suas necessidade. As barreiras que existem e são muitas têm que ser ultrapassadas...as carências afectivas, a ausência dos familiares... enfim o que precisam é carinho e muita atenção” (E12).

Os idosos apresentam, deficits sensoriais e sensitivos importantes o que lhes condicionam barreiras importantes no acto de comunicar e que a enfermeira tem que saber ultrapassar. “... Aproveitar todos os momentos que temos... com as deficiências auditivas, visuais e cognitivas que os idosos apresentam é preciso tempo e calma para comunicar com eles, e arranjar alternativas à linguagem verbal para nos entenderem...” (E10).

Embora tenham uma longa vivência de relações interpessoais, os idosos por vezes não conseguem fazer chegar à enfermeira a sua mensagem, ou pedido de ajuda. Esta deve estar atenta na tentativa de criar um contexto favorável: “...As nossas ocupações são muitas, mas por vezes é necessário para um pouco e dar atenção a pequenas coisas. Um dia ao passar apressada por uma idosa, esta virou-se para mim e disse-me: pare um pouco para me ouvir! ...” (E4). Por aqui podemos apercebermo-nos o quanto é importante ouvir um idoso.

Todos os comportamentos transmitem mensagens, mas ao mesmo tempo podem constituir barreiras à comunicação: os gestos, as palavras, as expressões faciais, o toque são elementos que podem ajudar a enfermeira no desempenho da tarefa de comunicar.

Na verdade conversar com um idoso, exige da parte de da enfermeira capacidade de observação, além de sensibilidade e interesse em comunicar. Mas vale bem o esforço na medida em que, para o idoso a comunicação é de extrema importância, devendo ser incentivados na aprendizagem de técnicas de linguagem não verbal quando estão incapacitados para a linguagem verbal.

## Conclusões do estudo

Neste ponto vamos apresentar o que nos pareceu mais saliente do nosso estudo, tendo em conta os objectivos a que nos propusemos; *“Conhecer o significado que os idosos atribuem à comunicação no processo cuidativo, conhecer o significado que os enfermeiros atribuem à comunicação no processo cuidativo”* e *“detectar discrepâncias das duas perspectivas cuidativas, a dos idosos e a dos enfermeiros”*.

Assim, e tendo em conta o carácter exploratório deste estudo, consideramos pertinente fazer algumas reflexões, tendo em vista os resultados obtidos, no que se refere aos idosos:

- Sob o ponto de vista demográfico os idosos do nosso estudo reflectem, a tendência que se verifica na sociedade actual, que é a existência de um número cada vez maior de grandes idosos, com um numero significativo de viúvas, e sendo a maior percentagem de indivíduos dos sexo feminino.
- Os motivos que levaram os idosos a ingressar no Lar, bem como a percepção que têm do seu grau de satisfação, assim como a importância que dão à comunicação no acto de cuidar, é muito variável.
- Medo e ansiedade são ameaças para a maioria destes idosos, medo da doença, medo da morte, medo da insegurança económica e medo da solidão.
- Para muitos idosos enfrentar a velhice significa enfrentar a solidão, para os viúvos e viúvas torna-se ainda mais penosos pois está associada à perda dos cônjuges. Nos idosos por nós estudados essa perda é um dos maiores sofrimentos, causando-lhes muita angústia.
- Para alguns idosos a oração e a meditação são importantes. Pode ser uma experiência rica, pois leva-os à aceitação das fragilidades do envelhecimento.

- Os idosos devido ao isolamento em que viviam, dispõem de poucas relações sociais, quer familiares, quer da comunidade. Muitos deles tentam compensar isso no Lar, pois como refere a maioria, tem sido muito importante o convívio e as amizades que aqui fizeram. Consideram também que a possibilidade de poderem fazer alguns passeios, festas de convívio entre outros, ajuda-os na integração de uma nova vida, não perdendo o contacto com o meio exterior.

- Uns dos motivos importantes, para a entrada para o lar foram os económicos. Para muitos deles a falta de recursos, impedia-os de terem uma vida digna e confortável.

- No que se refere aos condicionalismos familiares, os idosos salientam que os sacrifícios e investimentos que fizeram nos filhos, não são por eles reconhecidos. Estes idosos sentem, que a necessidade de recorrer a uma instituição que os acolhesse na fase final da vida, é como se fossem abandonados pelos filhos, culpabilizando em grande parte as noras e genros pelo desinteresse demonstrado em relação ao seu bem-estar.

- A institucionalização teve para alguns idosos um significado positivo, uma vez que lhe é garantido apoio na doença, um espaço de estabilidade e segurança pois aqui são satisfeitas as suas necessidades básicas. Para outros pelo contrário, significa um conjunto de perdas, agravadas pelas normas institucionais, conduzindo a uma perda de autonomia. Outros aceitam com resignação e passividade, pois não vêem outras alternativas.

- Sendo reconhecido que a institucionalização é desencadeadora de alguma desinserção social e familiar, associada a falta de privacidade a que alguns não estavam habituados, foi importante para muitos dos idosos do nosso estudo a vinda para este lar. Aqui encontraram a casa e família que nunca tiveram, proporcionando-lhes afecto e segurança.

- As relações que estabelecem com os outros idosos para alguns podem ser geradoras de conflitos, mas na sua maioria reconhecem que são importantes no relacionamento diário, sendo para alguns deles interlocutores privilegiados.

- Com as funcionárias, voluntárias e enfermeiras dizem ver nelas pessoas amigas e que estão ali para as ajudar a aceitar as limitações da idade. Mas reconhecem que o pessoal é pouco para as tarefas que desenvolvem, não lhes deixando tempo livre para conversarem.

- Valorizam muito o trabalho das enfermeiras, em qualidade, mas em termos de disponibilidade referem falta de tempo para estarem com eles a não ser quando os estão a cuidar.

- Verificou-se que o respeito, a ajuda nos momentos certos, o carinho com que são tratadas lhes tem proporcionado momentos de bem-estar físico e psicológico.

- Para os idosos do nosso estudo a comunicação é um factor importante. Quando dos cuidados a disponibilidade para conversar é maior, e as enfermeiras estão sempre prontas a ouvi-las, sendo consideradas pelos idosos as pessoas mais importantes como interlocutoras.

- A presença de uma enfermeira no lar nas 24h, desenvolve nos idosos um certo sentido de segurança pelo maior controlo nas actividades diárias, mas reconhecem que pelo tipo de idosos que estão internados deveria haver um número maior durante o dia, para poderem dispensar-lhes mais atenção.

No que se refere às enfermeiras, sobre a percepção que têm da comunicação nos cuidados pode sistematizar -se no seguinte:

- As enfermeiras incluídas no nosso estudo têm uma larga experiência de trabalharem com idosos. Embora algumas delas tenham começado a sua actividade na instituição por condicionalismos económicos, agora sentem que o fazem já por gosto e por sentirem que a geriatria, é uma área para muitos, pouco aliciante, mas que lhes proporciona grandes alegrias.

- Trabalhar com idosos não é fácil, necessita uma aprendizagem contínua, não só do ponto de vista de conhecimentos de cuidados de enfermagem, mas outros ligados às ciências humanas, nomeadamente do campo da psicologia. Pois como referem as enfermeiras do nosso estudo, os idosos desta instituição além das alterações inerentes ao processo de envelhecimento, e à doença, são pessoas que viviam sós e com carências de várias ordens.

- A enfermeira é um participante activo da situação/ problema de forma a encontrar um sentido para a difícil tarefa de ajudar o idoso a enfrentar os seus problemas.

- No âmbito dos cuidados gerais a relação de ajuda é informal, deve ser de forma espontânea, a enfermeira tem de utilizar todas as suas habilidades, apoiando-se na capacidade de escuta, aceitação e empatia. É uma relação não estruturada e embora não ocupe muito tempo é muito proveitosa para quem cuida de idosos. Como referem os enfermeiros do nosso estudo os idosos requerem da parte do cuidador uma grande capacidade de escuta, não se pode estar atenta só ao que se ouve, mas também ao comportamento do idoso, pois é uma grande fonte de informação.

- Para as enfermeiras do nosso estudo a disponibilidade para o idoso é importante. Devem ser aproveitados todos os momentos do cuidar para conversar com eles. A falta de tempo, é muitas vezes referida, mas esta não deve servir de pretexto para a não realização de ajuda. A relação de ajuda é fundamental para que os cuidados sejam verdadeiramente eficazes, pois o enfermeiro deve conhecer bem o idoso e conhecer as suas limitações, no sentido de se estabelecer uma relação na base da confiança e aceitação.

- Para que se possa estabelecer uma verdadeira relação de ajuda como referem tem que haver uma boa comunicação, mas esta nem sempre é possível pois existem com os idosos muitas barreiras que se tem que ultrapassar. As barreiras encontradas pelas enfermeiras neste estudo foram de ordem cognitiva, sensoriais e até barreiras físicas. Para as ultrapassar foram utilizadas diversas estratégias que vão da utilização da linguagem verbal à não verbal.

- Mas todas as enfermeiras inquiridas referem a importância da comunicação no cuidar, e a necessidade de adquirirem habilidades e atitudes na arte de comunicar com o idoso.

De tudo o que foi depreendido dos intervenientes no acto de cuidar, podemos dizer que os idosos e os enfermeiros dão muita importância à necessidade de se estabelecer uma boa relação empática para que se possam ultrapassar todas as dificuldades encontradas. Mas quer para os idosos quer para as enfermeiras a falta de tempo é um condicionalismo importante, embora todos os momentos do cuidar sejam aproveitados pelos dois intervenientes para estabelecerem um verdadeiro acto comunicativo.

## Conclusão

Um trabalho de investigação passa por um processo complexo. Desde as primeiras ideias e reflexões sobre o que viria a constituir este trabalho, foi percorrido um longo caminho. Mas partindo do princípio que esta investigação pudesse trazer alguns contributos para a qualidade da comunicação na área dos cuidados aos idosos.

A curiosidade de encontrar algumas respostas às ideias foram ganhando forma a ponto de virem a constituir um trabalho científico sobre a *importância da comunicação no cuidar do idoso* e que se concretiza nesta dissertação.

Temos a consciência de que o conjunto de decisões metodológicas se configura com os critérios de qualquer outra investigação científica (objectividade, validade e fidelidade). O trabalho não tem a pretensão de explicar a totalidade de uma dada realidade, mas sim, dar algum contributo para que se possa compreender melhor a importância da comunicação nas duas vertentes: a dos idosos e a das enfermeiras. Isto porque os cuidados são importantes para esta faixa etária, e os enfermeiros, aqueles que estão mais perto deles, entendem que lhes devem ser prestados cuidados humanizados. Também porque acreditamos que a profissão de enfermagem é uma profissão de ajuda, cuja preocupação fundamental é a saúde e o bem-estar do indivíduo como um todo.

Analisando o caminho percorrido no desenvolvimento deste trabalho podemos afirmar que a atitude de investigação assumida configura-se com o paradigma qualitativo.

Num primeiro nível de análise procedeu-se a um processo de construção teórica, que nos permitiu enquadrar a problemática em estudo; abordando essencialmente noções gerais sobre o envelhecimento, no qual entre outros foi incluído o conceito de idoso e sua representação social.

Num segundo nível procedeu-se a uma reflexão crítica sobre a enfermagem e os cuidados na área da geriatria, no sentido de compreendermos a evolução dos cuidados e de enfermagem. Privilegiou-se a investigação e reflexão que tem vindo a ser produzida sobre cuidados e enfermagem, referindo alguns estudos nacionais e estrangeiros que se debruçam sobre esta problemática, no sentido de se constituir um quadro conceptual capaz de funcionar como referência, e suportar os resultados da investigação empírica. Foi possível também apresentar algumas reflexões sobre processo de comunicação e a sua importância como relação de ajuda no cuidar; em especial no que se refere o cuidar ao idoso institucionalizado.

A partir da contextualização teórica, procedemos ao estudo empírico, abordaremos a problemática geral em que se enquadra, assim como a metodologia por nós adoptada. Partimos para um estudo tipo qualitativo de carácter exploratório. Após ser concedida autorização para a sua realização, procedemos à recolha de dados utilizando a entrevista como estratégia de recolha de informação, por se revelar como adequada na recolha de dados na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo posteriormente ao investigador ter uma ideia de como os idosos interpretam essa realidade.

Foi realizada análise de conteúdo de forma a tornar inteligível o conjunto de dados que permitiam estudar os fenómenos em causa. Esta foi uma fase de grande aprendizagem científica e humana pelos conhecimentos adquiridos e pelo contacto que tivemos com os idosos e enfermeiros incluídos no nosso estudo, e que ao longo das muitas horas em que estivemos juntos nos foram transmitindo as suas vivências e sentimentos relacionadas com a problemática em estudo.

No que se refere aos resultados obtidos é possível realçar:

- A importância que os idosos atribuem à comunicação no cuidar, e papel da enfermeira como a cuidadora de referência. Referem a disponibilidade demonstrada para os ouvir quando precisam, e que aproveitam todos os momentos para conversarem, mas que a comunicação poderia ser melhorada se houvesse um maior número de enfermeiras, pois os idosos aqui internados são dependentes e ocupam muito tempo.

- A consciência dos enfermeiros de que a comunicação que se estabelece independentemente dos meios utilizados é muito importante para o bem-estar do idoso, pois é através dela que se fomentam as relações interpessoais e terapêuticas. Mas que não é tão eficaz como gostariam por falta de tempo. Procuram estar disponíveis nos momentos certos pois muitas vezes a qualidade do tempo dispendido é mais importante que a quantidade.

- Equacionaram também os obstáculos encontrados para o estabelecimento de um verdadeiro acto comunicativo, apontando algumas soluções possíveis e necessárias para as ultrapassar. Consideraram que os momentos mais propícios à comunicação são quando da prestação de cuidados. Apontaram a necessidade de se avaliarem os cuidados, no sentido de se propor um aumento de pessoal, e se possível implementar programas de formação na área da geriatria.

Ao chegarmos ao fim deste estudo esperamos ter contribuído, para que os idosos possam ser cuidados de forma mais digna e humana.

Reconhecemos a necessidade do desenvolvimento de mais investigação nesta área, alargando-a a outros contextos e a outro tipo de idosos.

É importante continuar a reflectir sobre os cuidados que são prestados aos idosos, de maneira a que se sintam cuidados de forma única e verdadeira. Isto só é possível se estivermos dispostos a ouvir e partilhar, estabelecendo as diferenças no sentido de lhes serem prestados cuidados individualizados e humanizantes.

## Bibliografia

- ABREU, P. (1998): *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Ed. Virtualidades.
- ADLER, R.B. TOWNE, N. (2002): *Comunicação Interpessoal*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S. A.
- ADMAN, E. (1994): *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget- Medicina e Saúde.
- ALMEIDA, L. & FREIRE, T. (1997): *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ALMEIDA; M.L.F. (1999): *Cuidar do Idoso- Revelações da prática de enfermagem*. In idoso problemas e realidades. Coimbra: Formasau.
- AMADO, J. NEVES, M.C. (1992): *Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico*, In: *Revista Geriatria*, v.44
- ARGYLE, M. (1981): *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Penguin Harmondsworth
- ARGYLE, M.; CARKHUFF (1976): *The Art of health care*. Amherst Human Resource Development Press.
- BALLESTEROS, R.F. (2000): *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- BARACCO, L.(1990): *Saber envelhecer*. Edições Paulistas.
- BARDIN, L.(1991): *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Livros do Brasil
- BARNLUND, D. (1968): *Interpersonal Communication: Survey and Studies*. Boston, Houghton Mifflin.
- BASTO; M. L.(1998): *Da Intenção de Mudar à Mudança - um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Lisboa: Rei dos Livros.
- BELSKY, K.J. (1996): *Psicologia del envejecimiento. Teoria, Investigacione e Intervenciones*. Barcelona.
- BENNER, P.; WRUBEL,J.(1989): *The Primacy of caring in Nursing: Stress and Coping in Health and Illnes*. Mento Palla; C.A. Addison- Wesley Publishing, Company.
- BENNER,P.(1987): *Prática progresiva en enfermaria*. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.
- BERGER, J.; TABMON,Y.; CHEIT,E..(1985): *Envejecimiento: Aspectos Psicológicos*. In *Enciclopédica de Ciências Sociais*. Madrid: Aguilar

BERGER, L.MAILLOUX, P.(1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Lisboa Lusodidacta.

BIRREN, J.; CUNNINGHAM,W.(1985): “*Reserch on the psycology of aging: principles, concepts and theor*”. In *Psychology of Aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.

BIRREN,J.;TABAMON,Y.; CHEIT,E. (1985): *Envejecimiento: aspectos psicologicos*. In : *Enciclopédia de Ciencias Sociais*. Madrid: Aguilar.

BITTI, P.R.; ZANI,B.(1997): *A Comunicação como Processo Social*. Lisboa: Editorial Estampa.

BOGDAN, R.C. BILKLEN, S. K.(1994): *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto. Porto Editora.

BRETON, P. (1994): *A utopia da comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

BUSSE, (1989): *Geriatric Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

CARRILHO, M.J. (1993): O Processo de Envelhecimento em Portugal: que perspectivas? In: *Revist Estudos Demográficos*. Lisboa. I.N.E.

CHALIFFOUR, J. (1989). *La Relation de aide en soins infirmiers: Une perspective Holistique –Umaniste*. Paris : Lamarre.

CHALIFFOUR; J. (1993): *Enseigner la Relation d’Aide-* Québec : Gaeten Morin

CHIAVENATO, I. (1997): *Recursos Humanos 4ª Ed.*, São Paulo: Editora Atlas

CIBANAL, L. (1991): *Interrelation del professional de enfermeria com el paciente*. Barcelona: Ediciones Doyme, S.A.

COLLIÈRE, M. F. (1989): *Promover a Vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE; M.F. (1999): *Promover a Vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermafem*. SEP- Ed. Lidel

COMISSÃO EUROPEIA – Relatório e Recomendações sobre linhas de orientação para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem aos idosos. Bruxelas. Doc. XV/ E 8301/1/4/94 – PT

COSTA, M. A. (1994): Os Idosos nos Caminhos (e Descaminhos...) da Formação dos Enfermeiros. In: revista geriatria, V nº 66

COSTA, M.A. (1998): *Enfermeiras: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: editora Fim de Século.

- COSTA, M.A. (2002): *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências da Enfermagem*. Lisboa: Ed. Educa.
- CRITOVÃO, M.R. (1997): *Percepção do Enfermeiro no Cuidado ao Idoso*. Dissertação de Mestrado, Lisboa. Universidade Católica.
- DAVIES, P.(1995) : « *Comunicação não Verbal com Doentes* ». In revista Nursing nº 87, Abril Ano 8.
- DEECKEN, A.(1998): *Saber Envelhecer*. Lisboa: Editora Vozes
- DESTÉFANI, G.(2001): *Envelhecer com Dignidade*. São Paulo: Ed. Loyola.
- DIAS, F.N. (2001): *Sistemas de Comunicação de Cultura e de Conhecimento: Um Olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DIAZ, D. (1981): *A Última Idade. A Arte de Envelhecer*. Braga: Editorial A.O.
- DONHUE, M.P.(1985): *Historia de la Enfermeria*. Barcelona: Ed. Doyma.
- DUTIL, B. (1993): *Le Caring. The Canadian Nurse*. Vol. 89 nº11
- EKMAN, P. (1965): *Communication through non verbal behaviour: a source of information about interpersonal relationship*. New York: Spring.
- ERMIDA, J.G. (1995) - *Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde*. In: Temas Geriátricos. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Geriatria Gerontologia 1º Tomo.
- ESTANQUEIRO, A. (2002): *Saber Lidar com as Pessoas: Princípios de comunicação Interpessoal*. Lisboa: Editorial Presença.
- FERNANDES, A. A. (1997): *Velhice e Sociedade*. Lisboa: Celta Editora
- FERREIRA, P. L. (1993) : *Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde*. Revista critica dos serviços Sociais.
- FERREIRA, P. L.(1995): *Algumas Estratégias para a melhoria da Qualidade dos serviços sociais*. Revista critica das Ciências Sociais. Coimbra ISSN 254-106 nº37.
- FISKE, J.(1999): *Introdução ao Estudo da Comunicação*. Porto: Edições Asa
- FONG, A. (1993): “ *Desafiando a torre de Babel*”, in revista nursing nº 66, ano 6.
- FONTAINE, Roger.(1999) – *Manual de Psychologie du Vieillissement*. Dunod. Paris.

- FORGAS, J.( 1985): *Interpersonal behaviour: The psychology of social interaction*. Sydney, Pergamon Press.
- FRASER, C. SCHERER, K.(1978): *Advances in social psychology of language*. Cambridge. Cambridge University Press.
- FRIDMAN,H.S.(1979): *Non Verbal Communication between Patients and medical Practicioners*. J. of Society Issues vol. 35
- FROMM, E. (1991): *A arte de curar*. Belo Horizonte: Editora Etatiaia.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B.(1992): *O Inquérito Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- GIORDANI, B. (1998): *La relacion de ayuda de Rogers a Carkuff*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- GOETZ, S. P.; LECOMPT, M. D. (1988) : *Etnografia e Diseño Cualitativo em Investigacion Educativa*. Madrid: Ediciones Morata
- GONZALO; L.M. (2002). *Manual de Gerontologia*. Barcelona, Ariel Ciências Medicas.
- GRAÇA, L.; HENRIQUES,A.(2000): *Florence Nightingale e Ethel Fenwick: Da Ocupação à Profissão*. (<http://www.Terravista.pt7meco7553//textos 63.ntml>)
- GRANDE, N.(1994): *Linhas Mestras para uma Politica Nacional da Terceira Idade*. Geriatria vol. 7 – Lisboa
- HALL, M.R.P. e al. (1993): *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- HEIDEGGER, M. (1980): *El Ser y El Tempo*. Madrid. Parte 1-VI; 218.
- HERBERT, M.L. ; GOYETTE, G. ; BOUTIN, G. (1994) : *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*. Lisboa : Instituto Piaget.
- HERNANDEZ; EGEEA, PEREZ, (2000) – *Enfermaria Geriátrica*. Barcelona: Edições Masson.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2002): *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica das pessoas idosas*.
- IRVING, S. (1978): *Enfermagem Psiquiátrica Básica*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- KALACHE, A. (1996): *Aging and Health*. J.Aging Phys. Activ.
- KÉROUAC, S. et. Al.(1996) : *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson S.A.

- KÉROUAC, S. et.al. (1994): *La Pensée Infirmière*. Quebec : Ed Etudes Vivantes
- LADILAS, R. (1994) – *O envelhecimento* : Lisboa: Instituto Piaget.
- LAUZON, S.; ADAM, E (1996): *La Personne Agée et ses Besoins - Interventions Infirmières*. Paris : Editions SEP ; Arslan.
- LAZURE, H. (1987): *Vivre la Relation d'Aide*. Quebec, Decarie.
- LAZURE, H. (1994): *Viver a relação de ajuda: uma abordagem teórica e Prática de um critério de competência de enfermeira*. Lisboa Lusodidacta.
- LAZURE; H. (1994): “*Viver – Relação de Ajuda*”, Lisboa, ed. Lusodidacta.
- LENINGER, M. (1991): *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: Madeleine M. Leininger Ed.
- LENINGER, M. (1994): *Teoria de los cuidados culturais*. In: Modelos e Teorias de Enfermeria. Madrid: Mobby- Doyma Libros,S.A.
- LENNINGER,M.(1985): *Qualitative Research Methods*. In: Nursing. Orlando: Grune e Stratton.
- LEONARDO, M.I.(1995): *O Idoso e o Ensino dos enfermeiros*. In: Revista Geriatria.VII - 74 Lisboa:
- LESSA, A.(1993) – *O despertar dos Idosos*. Publico Lisboa, 181. Agosto.
- LIMA, A. P.; VIEGAS,S.M.(1998): *A Diversidade Cultural do envelhecimento. A construção social da categoria de Velhice*. In: Psicologia - VI
- LINCOLN. Y. S. (1992): *Conexiones simpáticas entre los Métodos Calitativos y la Investigacion en Salud*. Qualitative Health Research.
- LINCON.Y.S. (1992): *Simpathetic Connections between Qualitative Health Researches*. Vol. 2
- LOPES, J. M. (2000): *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio- Moral. Alguns dados e implicações*. Editora Gráfica.
- MARRINER, A.(1989): *Modelos e teorias de Enfermagem*. Barcelona; Edições Rol, S.A.
- MARRINER, T.A. (1994): *Modelos e teorias em enfermagem*, Mosby / Doyma Livros. Madrid.
- MAYEROFF, M. (1990): *On Caring*. New York: Harper Perennial

- MCFARLENE (1976): *A Charter for Caring*. Journal of Advanced Nursing.
- MELERO, A.P. (1997): *Enfermaria Geriátrica*. Madrid, Editorial Síntese, S.A.
- MOREAU, C. (1991): *Savoir Communiquer*. L, Infirmière n° 3, Paris.
- MORRI, S.R. ; CARO, F. G.; HANSAN. J.E. (1998): *Personal Assistance. The Future of Home Care*. London: The John Hopkins Press Lda.
- MORSE, J.M. et al. (1990): *Concept of Caring and Caring as a Concept*. Advanced Nursing Science, 13:1
- NAZARETH, T. A. (1993): *Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no início dos anos 90*. In Economia e Sociologia, 64
- NAZARETH, T.A. (1994): *O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no início dos anos 90*. In Geriatria n° 64.
- NETTO, M.P. (2000): *Gerontologia- A velhice e o envelhecimento, uma versão globalizada*. Rio de Janeiro, Editora Atheneu.
- NOGUEIRA, B.O.H. (1982): *História de Enfermagem*. Telhal: Revista Hospitalidade.
- OLIVEIRA, M. M. (1991) - *A saúde e a incapacidade funcional dos Idosos*. Um estudo na freguesia de Cavez- Cabeceiras de Bastos. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025 vol.9 n°4.
- OMS, (1998) - Versão em português *Instrumentos de Avaliação de qualidade de vida*. Doc da Web.( [URL:http://www.hcpa.utrgs.br/psig/whoqol1.html](http://www.hcpa.utrgs.br/psig/whoqol1.html)).
- OMS,(1998): la Protection de la santé des personnes âgées.
- ONU (1991) – *Princípios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de edad*. Doc. Web, (URL: <http://www.un.org/ese/socdev/1yop7es1yoppo.htm> ).
- ONU, (1998); *Quanto exame y valuacion de la ejecucion del plan accioninternacional sobre el envejecimiento*. Doc. Web, ( URL: <http://www.un.org/esa/socdev/age4res.htm>)
- PAÚL, C. FONSECA, A.(2001): *Psicossociologia da Saúde*. Coimbra: Climepsi Editores.
- PAUL, M.C. (1996): *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meio Urbano*. Braga Sistemas Humanos e Organizacionais LDA.
- PAUL, M.C. (1997): *Lá Para o Fim da Vida, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

- PAUL, M: C.(1992): *Panorama Demográfico dos Idosos em Portugal*. In: Ver. Geriatria, VII -70
- PEARSON, A; VOUGHAN, S (1992): *Modelos para o exercício de enfermagem*. ACEPS. Lisboa.
- PEPLAU, H. (1952): *Interpersonel Relation in Nursing*. New York:G.P. Putnamm,s Sons.
- PEREZ, HERNADEZ, EGEEA, (2000): *Enfermaria Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- PERRY, A. G. ; POTTER, P.A. (1995): *Fundamentos de Enfermagem*. 4ª Ed. Vol.1- Guanabara.Koogan
- PHANEUF, M. (1986) : *Soins Infirmiers : La demarche scientufique*. Mac Graw- Hill Editeurs. Montreal.
- PHANEUF, M.(1995). *Relação de Ajuda : elemento de competência de enfermagem*. Coimbra : Ed. Cuidado.
- PIMENTEL, M. L.(2001) : O Lugar do Idoso na Família : Contextos e Trajectórias. Coimbra. Quarteto
- POLIT, D. ; HUNGLER, B. (1985) : *Investigation Científica em Ciências de la Saude* (2ªed.) México: Nova Editorial Interamericana.
- POLIT, D.; HUNGLER, B.(1995): *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- QUIVY, R.: CAMPENHAUDT, L.(1992): *Manual de Investigaça~em Ciências Sociais*(1ª Ed.) Lisboa: Gradiva Publicações. (2ªEd.1998)
- RAMOS, F.M. (1993): *Contributos Etnográficos para uma Antropologia da Terceira idade*, In: Economia e Sociologia, 56.
- REIS, F.; RODRIGUES,V.(2002): *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. Lisboa Climepsi Editores.
- RIBEIRO, L. F. (1995): *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio- Moral*. Lisboa: Educa e SEP
- RICHARDSON, R. et al. (1989): *Pesquisa Social: Métodos e Técnica* (2ª ed.). São Paulo: Ed. Atlas.
- RIOPELLE, L. et al.(1993): *Cuidados de Enfermeria: Un Proceso Centrado en las Necesidade de la Persona*.Madrid: Interamericana- Mc Graw- Hill

- ROACH, S.(1992): *The Human Act of Caring. A Blueprint for the health professions*. Revised Edition. Ottawa. Canadian Association Press.
- ROBERT, L.(1995): *O Envelhecimento Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- RODRIGUES, A. D. (1997): *Estratégia de Comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.
- RODRIGUES, A.D. (1999): *Comunicação e Cultura*. Lisboa: Editorial Presença.
- RODRIGUES, C.(1992): *Manual de Psicologia: O que é e tem sido a Psicologia*. Porto: Edições Contraponto
- ROGERS, (1985): *Liberdade de Aprender em nossa década*. Porto Alegre:Actas Médicas
- ROGERS, C. (1961): *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Ed. Moraes. E 7ª Ed. (1994).
- ROGERS, C.(1979): *Psicoterapia e consulta Psicológica- 2ª ed*. Lisboa: Moraes Editora.
- ROGERS, C.(1983) : *Tornar-se Pessoa*. Moraes Editora 6ª edição.
- ROSA, M. (1989): “ *Comunicação em enfermagem*” in Revista Nursing, nº 14 Março, Ano2.
- SANTOS, P. L. D. F. (1995): *A depressão nos Idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade da Estremadura
- SANZ, M.G. L. (2002): *Manual de Gerontologia*. Barcelona: Ariel Ciências Médicas.
- SILVA, M.J.F.; GIMENES,M.O.(2000): *Eu Cuidador- O Mundo de Saúde*. São Paulo. Ano 24 vol. 24-Julho/Agosto
- SIMONE, B.(1972). *Old Age*. Londres: Deutsch Weidenfeld and Nicholson.
- VALA, J. (1986): *A Análise de Conteúdo*, in. SILVA.A.S.; PINTO,J.M.- *A Metodologia das Ciências Sociais*. Porto. Ed. Afrontamento.
- WATSON, J. (1985): *Nursing the philosophy and science of caring*. 2ª ed. Boulder. Colorado: Colorado Associated University
- WATSON, J. (1988): *Nursing Human Science and Human Care- A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- WATSON, J. (2002): *Enfermagem Ciencia Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

WATZAWICK, P. (2002): *Pragmática da Comunicação Humana*. Lisboa: Editorial Presença.

WATZLAWIC, P (1967): *Pragmatics of Communication: A study of international patterns, pathologies and paradoxes*. New York, Norton.

WHALEY, L.; WONG, D. (1995): *Nursing care of infants and children*. Ed. ST. Louis. Morby.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** – International standard classification of education (ISCED)

**ANEXO 2** – Expressões mais significativas das entrevistas.

**ANEXO 3** – Pedido de autorização para a realização de estudo.

## **International Standard Classification of Education (ISCED)**

**Nível 0** – Educação pré-escolar ou não frequência escolar.

**Nível 1** – 1º ou 2º ciclo do ensino básico

**Nível 2** – 3º ciclo do ensino básico

**Nível 3** – Ensino secundário

**Nível 4** – Ensino pós secundário não superior

**Nível 5** – Ensino superior.

## Quadro 1 – Motivo de Internamento

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Motivo de entrada no lar	Saúde/ doença	<p>“ Tive uma doença e os médicos deram-me pouco tempo de vida...vim porque não tinha ninguém que me trata-se.” (E2)</p> <p>“...estive no hospital uns dias e quando me deram alta trouxeram-me para esta casa porque ainda precisava de cuidados de enfermagem...” (E1)</p> <p>“... já estava muito velha e doente para viver só... cansava-me muito pois sofro do coração”(E4)</p> <p>“Sofro muito do coração, incham-me as pernas e não posso fazer nada...”(E6)</p> <p>“Estava doente e não tinha ninguém que me tratasse, tive que vir para aqui...” (E7)</p> <p>“ A idade e a doença tem – me tornado cada vez mais necessitada de alguém que cuide de mim.” (E8)</p> <p>“ comecei a ficar velha...fiquei doente e tive que ir para o hospital... a partir daí vim para cá” (E9)</p>
	Solidão	<p>“ Porque tinha medo de viver sozinha... vivia angustiada com medo de morrer abandonada em casa” (E2)</p> <p>“ Sou viúva não tenho filhos vivia só na minha cas”(E6)</p> <p>“ vivia só, dependia da ajuda dos vizinhos” (E7)</p>
	Condicionalismos familiares	<p>“...ser pobre e não ter quem me ajudasse... tenho sobrinhos, mas não me ligam nada”(E3)</p> <p>“ Mudei para este lar porque no outro era muito caro e quem pagava era o meu sobrinho”(E5)</p> <p>“ vim porque não tinha família que pudesse tomar conta de mim”(E8)</p>

## Quadro 2 – Motivo de Internamento

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Motivo de entrada no lar	Saúde / Doença	<p>“ A minha esposa... teve uma trombose e ficou muito incapacitada e eu sozinho não consegui tratar dela” (E11).</p> <p>“ Sabe tive uma doença dos pulmões...sim estive internada no hospital e de lá mandaram-me para aqui...” (E12)</p> <p>“... Sofro muito da bronquite, aqui estou melhor” (E13)</p> <p>“ A minha esposa teve uma doença grave que a deixou de cama sem andar” (E15)</p> <p>“ Sabe, tive uma trombose e estive muito mal no Hospital de lá mandaram-me para aqui” (E14)</p> <p>“ Por ter uma doença grave que me deixou na cama” (E17)</p> <p>“... Comecei a ter problemas de saúde... não tinha dinheiro e não tinha quem me tratasse” (E18)</p> <p>“Adoeci... quando tive alta como vivia só e já conhecia esta casa pedi para vir para cá recuperar ...” (E19)</p> <p>“ Tive uma trombose e não podia viver sozinha”( E20)</p>
	Solidão	<p>“ Vivia só e sem família nenhuma que me desse apoio...”(E9)</p> <p>“... estar sem família é muito triste”(E10)</p> <p>“ vim porque estava sem ninguém... o meu marido abandonou-me quando fiquei doente”(E12)</p> <p>“... fiquei viúvo vivia só os meus filhos estão casados e vivem nas suas casas”(E13)</p> <p>“ Não podia viver sozinha com a minha doença” (E15)</p> <p>“ Vivia só... não tenho família” (E16)</p> <p>“ Sou viúva e sozinha” (E20)</p>
	Condicionalismos familiares	<p>“ A minha filha não podia ajudar-me pois o meu genro não deixava” (E11)</p> <p>“ Eu não tinha filhos nem família”(E14)</p> <p>“ Sabe, tenho dois filhos é certo, mas as minhas noras além de não terem muito espaço em casa não me querem lá... agora até parece que gostam mais de mim...” (E15)</p> <p>“... os meus filhos disseram que não se sentiam capazes de me tratar”(E17)</p> <p>“ porque não tenho família próxima”( E18)</p>

Motivo de internamento		“... fui viver com a minha filha... o meu genro não me aceitou muito bem...”( E 20)
	Saúde/doença	“... Fui operada no IPO, como não tinha cas mandaram-me para aqui”(E23) “Estive muito mal e não tinha ninguém que me tratasse... vim do hospital”(E24) Eu e a minha esposa fomos atropeladas, estivemos muito tempo no hospital... ficamos os dois, muito incapacitados para estarmos sós” (E25)
	Solidão	“ Eu vivia só...tinha por companhia os meus gatos...” (E21) “ Nunca casei e não tenho filhos, estou só no mundo... tenho medo...”(E23) “... foi uma vizinha que me inscreveu aqui pois eu vivia só. Tinha medo que me desse alguma coisa.” (E26)
	Condicionalismos familiares	“... A minha nora não se dá muito bem comigo, e para não me sentir um peso, decidi eu mesma vir para este lar” (E22) “ Tenho sobrinhos mas como não vivia com eles em nova não iam agora ficar comigo”(E23) “ O meu filho trabalha e era impossível ficar com duas pessoas em casa a precisarem de cuidados” (E25) “... vim para cá para os meus filhos irem de férias...não voltei para casa deles ...sei que já não sou o que era, mas podia estar com a minha filha” (E27)

**Quadro 3 – Nível de Satisfação**

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Nível de satisfação de vida no lar	<p>Satisfação (satisfeito)</p> <p>(justificação positiva ou satisfação elevada)</p>	<p>“ Sim, agora sinto-me em segurança... aqui tenho tudo” (E2)</p> <p>“... Agora já estou segura foi difícil a decisão mas agora estou muito bem” (E4)</p> <p>“Aqui estou melhor...no outro lar não gostava custou muito a viver lá. Aqui não se compara...sinto-me bem tratada” (E5)</p> <p>“ Claro que estou bem...precisa de ajuda... como não tenho filhos estou bem aqui” (E6)</p> <p>“ Sim, eu em casa estava só...aqui estou bem, não preciso de me preocupar com nada e não me falta nada” (E7)</p>
	<p>Não satisfação (insatisfeito)</p> <p>(justificação negativa ou satisfação de nível baixo)</p>	<p>“ Não gostava mais de estar na minha casa ou se pudesse com os meus filhos... pois a nossa família é outra, sinto que fui abandonada” (E1)</p> <p>“ Se pudesse estar em minha casa com as minhas coisas seria melhor, não deixa de ser um lar e com muita gente”(E3)</p>
	<p>Acomodação/aceitação</p>	<p>“ No principio foi muito difícil a adaptação... estão pessoas muito doentes que me impressionam, mas entre viver aqui e estar só, não tinha outra escolha (E2)</p> <p>“ Tenho que estar, não tinha condições em casa para lá viver” (E3)</p> <p>“ Não lhe posso dizer que estou satisfeita... em minha casa se tivesse saúde estava melhor... com as minhas coisas e os meus bichos...” (E4)</p>

#### Quadro 4 – Nível de Satisfação

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Grau de satisfação no lar	<p>Satisfação (satisfeito)</p> <p>elevada ou justificação positiva</p>	<p>“ Foi a única solução encontrada... estou satisfeita... (E10)</p> <p>“ Claro que sim eu não conseguia viver só e tratar da minha esposa... Agradeço a Deus o terem-nos aceiteada cá e tratarem dela com tanto carinho”(E11)</p> <p>“ Sim vim por minha vontade quando me chamaram não exitei foi a melhor coisa que me aconteceu...” (E13)</p> <p>“ Sim fui bem recebido... eu estava só com a minha esposa acamada, aqui tem médicos e enfermeiras a qualquer hora.” (E13)</p> <p>“ Estou muito satisfeita, não só porque gosta das pessoas, mas especialmente porque conheci aqui um senhor com quem vim a casar” (E16)</p> <p>“ Sim estou, a decisão não foi minha, mas nenhum dos meus filhos se disponibilizou para me receber em cas dele... felizmente estou bem...” (E17)</p>
	<p>Satisfação (insatisfeito)</p> <p>nível baixo ou justificação negativa</p>	<p>“...Não estou mal, mas a nossa casa é o nosso mundo... Aqui temos que fazer o que nos mandam” (E9)</p> <p>“Sinto imensa pena de não poder viver só”(E9)</p>
	<p>Acomodação/aceitação</p>	<p>“ A solução foi a melhor... é difícil ter que depender de estranhos” (E8)</p> <p>“ Tenho muitas saudades da minha casa... eu não queria vir, tive que vir, fui obrigada...” (E9)</p> <p>“Foi a solução que encontraram para me ajudarem a resolver o problema do isolamento em que estava, vivia dos vizinhos e amigos (E12)</p> <p>“ no principio nem me apercebia bem onde estava... depois fui-me apercebendo que estava num lar... fiquei revoltada ... sim agora sinto-me melhor posso dar graças a Deus por estar aqui...”(E15)</p>

### Quadro 5 – Nível de Satisfação

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Grau de satisfação no lar	Satisfação (satisfeito)	<p>“ Estou sim, sr. Enfermeiro a decisão foi minha não vim obrigado...nunca estive tão bem como desde que aqui estou” (E18)</p> <p>“ Claro que estou, não vim obrigada, sinto-me como se estivesse em minha casa... e os lares têm gente preparada para tratarem pessoas idosas e doentes” (E22)</p> <p>“sinto-me em casa sou bem tratado...agora já não saí daqui”(E26)</p> <p>“ Sim agora estou em segurança... tenho tudo o que preciso...” (E26)</p>
	Não satisfeito (insatisfeito)	<p>“ Satisfeita estou mas gostaria mais de estar em cas pois não posso estar à minha vontade”(E9)</p> <p>“ Que remédio ...aqui não estou mal, saio quando quero, passeio... mas para tudo tenho que pedir licença às enfermeiras”(E21)</p> <p>“Estou satisfeito, mas em casa estava melhor...mas sinto que já não sou um estorvo...aqui sou bem tratado. (E23)</p> <p>“... Ainda estou chateada com os meus filhos, não é que aqui não seja bem tratada, mas estar não é a mesma coisa que estar com a nossa família”(E24)</p> <p>“ Não, eles podiam ter-me em cas aqui os netos não me visitam... deixei de ter a minha família como era.” (E27)</p>
	Adaptação/acomodação/resignação	<p>“ não posso dizer que esteja satisfeita, já me habituei e compreendo que em cas não me podiam fazer o que me fazem aqui... Não me sinto um peso para ninguém”(E20)</p>

<p>Processo de comunicação</p>	<p>Sexo do cuidador (influencia do sexo do cuidador)</p>	<p>“...é-me indiferente... gosto é de ser tratado bem e com respeito” (E1, E6)</p> <p>“... Tanto me faz... o que eu peço é que me tratem bem e com carinho” (E2)</p> <p>“... Claro que gosto mais de mulheres a tratarem de mim... sim, porque não fico tão envergonhada” (E3)</p> <p>“ As mulheres compreendem – me melhor... quando são homens fico mais retraída”( E4)</p> <p>“... Não tenho qualquer preferência preciso é que sejam bons para mim” (E5)</p> <p>“ Não tenho qualquer problema em ser tratada por homens, são mais meigos quando me tratam...Aqui há poucos homens”( E7)</p> <p>“ Sou solteira... prefiro ser cuidada por mulheres quando sou cuidada por homens, tenho vergonha em especial quando me dão banho” (E8)</p> <p>“É-me indiferente...”(E9)</p> <p>“ Nunca casei...mas tanto me faz que seja homem ou mulher a tratarem-me o que eu quero é ser bem tratada” (E10)</p> <p>“ Não tenho qualquer problema em ser tratada por homens” (E11)</p> <p>“ Prefiro que seja uma mulher a tratar de mim, mas reconheço que os homens podem ser mais atenciosos” (E12)</p> <p>“ É-me indiferente... só exijo que me respeitem” (E13)</p> <p>“...tanto me faz, mas para determinados tratamentos preferia que fossem homens” (E14)</p> <p>“ Serem homens o mulheres que me interessa... quero é que me tratem bem” (E15)</p> <p>“...não tenho preferência...” (E16)</p> <p>“ Não tenho problema algum... para mim é a mesma coisa” (E17)</p> <p>“ Tanto faz mas estou mais a vontade com os homens” (E18)</p> <p>“...Gosto mais de ser tratada por uma senhora, mas quando não é possível lá terá que ser...” (E19)</p> <p>“... Tanto pode ser por homens como mulheres... o que é preciso é que nos tratem bem” (E20)</p> <p>“ Gostar, gostar gosto mais de ser tratada por mulheres, mas tanto faz desde que sejam bons...” (E22)</p> <p>“ Gostar, gosto mais de ser tratada por mulheres”... (E21)</p> <p>“...gosto de toda a gente...sou solteira e já fui tratada por</p>
--------------------------------	--	---

		<p>médicos e enfermeiros, não me importei” (E23)</p> <p>“...não me importo o que é preciso é ser bem tratada” (E24)</p> <p>“... Gosto mais de ser tratado por homens...” (E25)</p> <p>“ Não me importo desde que saibam o que estão a fazer...” (E26)</p> <p>“ É – me indiferente, gosto é que me digam o que estão a fazer e porquê” (E27)</p>
	<p>Assunto de conversa/ temas</p>	<p>“... Gosto de conversar de tudo, um pouco em especial do que vejo na televisão” (E1)</p> <p>“Gosto muito de conversar, com toda a gente e de qualquer coisa” (E2)</p> <p>“... Não tenho nenhuma conversa em especial, do que vejo e da vida passada” (E3)</p> <p>“ Gosto de falar de tudo um bocadinho, de Deus, da minha vida de saber das outras pessoas, aqui está muita gente e conversar não nos faz sentir tão só” (E4)</p> <p>“ Falar da minha infância, da minha família e ouvir as outras pessoas contarem as suas histórias” (E5)</p> <p>“ Falar da minha filha, assim lembro-me mais dela, parece que estamos perto” (E6)</p> <p>“ Gosto de falar de tudo um pouco... Até das telenovelas que gosto de ver habitualmente ” (E7)</p> <p>“ Falo muito da minha juventude lembrar do tempo em que tinha muitos amigos com quem convivia muito” (E8)</p> <p>“... Das festas da minha juventude... de tudo o que recordo... de Deus e das coisas que vejo na televisão, ainda é uma boa companhia” (E9)</p> <p>“... De qualquer coisa... das telenovelas... da miséria que vai pelo mundo” (E10)</p> <p>“... Gosto de ouvir e contar anedotas... recordar a minha juventude ... das coisas da vida e de politica” (E11)</p> <p>“... De tudo um bocadinho” (E12)</p> <p>“ Converso de todos os assuntos” (E13)</p> <p>“De tudo um pouco... da minha família e dos amigos, da vida dura que levei...” (E14)</p> <p>“... Das histórias da minha vida das namoradas que tive gosto de ver televisão e depois discutir os assuntos mais vistos” (E15)</p> <p>“... Sei lá, falo de tudo um pouco, dos assuntos do momento de religião e de alguns programas de televisão”</p>

		<p>(E16)</p> <p>“... Das partidas que pregava aos rapazes... do que me lembro de quando era nova, também gosto de falar das telenovelas e dos assuntos do dia do lar” (E17)</p> <p>“ falo um pouco de tudo... das noticias do futebol, de alguns dos problemas que se passam nesta casa. Conversar é um modo de ajudar a passar o tempo” (E18)</p> <p>“ Recordo em especial os meus tempos de rapariga dos namorados e das histórias dos namoros. É bom recordar, para quem gosta de ouvir” (E19)</p> <p>“ falo de tudo um bocadinho.. de Deus.. de telenovelas..” (E20)</p> <p>“... das minhas namoradas... de politica e das minhas doenças” (E21)</p> <p>“...De tudo um bocadinho... das coisas do mundo, das telenovelas e gosto de falar das histórias da minha vida de nova” (E22)</p> <p>“ Como vejo muita televisão gosto de conversar sobre o que vejo e de falar dos meus tempos de moça” (E23)</p> <p>“... Falo de tudo, das coisas que acontecem no mundo, dos meus filhos e do que acontece aqui em casa. Falo dos meus filhos pois lembro-me muito deles” (E24)</p> <p>“...das telenovelas, das coisas do mundo..., de Deus das partidas que fazia aos meus amigos e namoradas” (E25)</p> <p>“ Aqui falamos de tudo o que se passa pelo mundo pois vemos as noticias, mas nas nossas conversas também falamos de Deus...” (E26)</p> <p>“...Aqui falamos de tudo o que vai pelo mundo , nas nossas conversas falamos da vida de Deus ... sim vejo telenovelas e converso sobre isso com as minhas companheiras.” (E27)</p>
	<p>Momentos propícios à comunicação</p>	<p>“ Não tenho momentos do dia ou da noite o que preciso é de ter alguém que mo oiça” (E1)</p> <p>“ Para conversar não é preciso ter horas é quando nos apetece” (E2)</p> <p>“... Eu não gosto muito de conversar, mas de dia é melhor pois à noite gosto de dormir cedo” (E3)</p> <p>“ A qualquer momento do dia ou da noite é sempre bom ter alguém com quem conversar” (E4)</p> <p>“ A altura que mais converso é de tarde pois de manhã não há tempo e de noite vamos nos deitar cedo e a minha companheira dorme logo”(E5)</p> <p>“...não tenho nenhum momento especial, para conversar</p>

	<p>todos são bons” (E6)</p> <p>“... Falo em qualquer hora, de tarde...ou à noite... quando posso” (E/7)</p> <p>“ Todas as horas são boas para uma conversa “ (E8)</p> <p>“ Conversar faz bem, alivia-nos e qualquer hora é boa” (E9)</p> <p>“ De manhã não há tempo mas de tarde temos muito tempo, quando nos vamos deitar também falo se tiver com quem ..até durmo mal...”(E10)</p> <p>“Todas as horas são boas para conversar, é preciso ter vontade e ter quem nos oiça” (E11)</p> <p>“ A qualquer hora do dia e da noite, faz-nos sentir acompanhados” (E12)</p> <p>“ A todas as horas até na hora das refeições e quando estão a cuidar de nós se conversam parece que tudo é mais fácil” (E13)</p> <p>“ Na hora das refeições que é quando temos mais quem nos oiça...gosto de estar à mesa e de conversar” (E14)</p> <p>“ Sabe que quando vamos aos passeios conversam muito connosco é bom. Também na hora de comer ... e quando estão a cuidar de nós. Estamos sempre acompanhadas” (E15)</p> <p>“ Conversar sabe bem a qualquer hora... a companhia faz-nos esquecer que estamos aqui sem família” (E16)</p> <p>“... A qualquer hora... em especial quando me estão a tratar e me animam com a minha doença” (E17)</p> <p>“ Às horas das refeições, quando me estão a tratar, mas não tenho preferência por horas...qualquer hora é boa” (E18)</p> <p>“ Depois de almoço gosto de dormir um bocadinho, depois gosto de conversar com as minhas amigas e gosto também à noite se não tenho sono” (E19)</p> <p>“Quando temos alguém que converse connosco qualquer hora do dia ou da noite é boa” (E20)</p> <p>“ Gosto muito de conversar e todas as horas são boas basta que tenhamos com quem falar. Na sala de refeição e então nos passeios é que aproveito...” (E21)</p> <p>“ Todos os momentos são bons, especialmente quando me estão a arranjar, e durante as refeições” (E22)</p> <p>“... Se eu pudesse estava sempre falar... quando estamos a comer e durante os tratamentos gosto de conversar” (E23)</p> <p>“ Não tenho momento especial, para conversar arranja-se tempo... quando me tratam e durante as refeições” (E24)</p> <p>“ Todas as horas são boas, mas quando me estão a tratar ou a dar de comer... assim conversam só comigo” (E25)</p>
--	---

		<p>“ Conversar sabe bem a qualquer hora , durante as refeições, durante os tratamentos e quando vamos ao passeio” (E26)</p> <p>“...a hora das refeições e os passeios são as alturas em que converso mais” (E27)</p>
	Interlocutores	<p>“Falo com toda a gente...” (E1)</p> <p>“A pessoa com mais converso é com a minha companheira de quarto” (E2)</p> <p>“ Gosto de toda a gente converso com as meninas e com as enfermeiras...” (E3)</p> <p>“ Quem conversa mais são as meninas as senhoras enfermeiras quando têm tempo e as senhoras doutoras quando cá vêm” (E4)</p> <p>“... Falo com as senhoras auxiliares, as enfermeiras quando não tem que fazer ou quando estão a cuidar de nós” (E5)</p> <p>“ Falo com quem fala comigo, as senhoras empregadas e durante as visitas até converso com os familiares doutros colegas” (E6)</p> <p>“ Converso muito com a minha companheira de quarto. As meninas também conversam comigo... claro que as enfermeiras conversam mas o trabalho é tanto que só quando podem” (E7)</p> <p>“ As senhoras enfermeiras falam quando me estão a tratar, e quando passam por nós têm sempre uma palavra, as meninas falam muito comigo” (E8)</p> <p>“ Com quem falo mais é com os outros idosos, mas também converso com as senhoras enfermeira e com as auxiliares” (E9)</p> <p>“...Ora falo com quem calha... mas a minha companheira de quarto é com quem estou mais” (E10)</p> <p>“ Como tenho a minha esposa comigo é com ela que converso mais, mas falo com toda a gente...” (E11)</p> <p>“ Com quem converso mais é com os companheiros de quarto pois é com quem estou mais tempo, com as raparigas também elas são muito conversadoras. As senhoras enfermeiras essas coitadas o tempo é pouco para conversas” (E12)</p> <p>“ ... É com as meninas que nos tratam, mas por vezes as enfermeiras e com as voluntárias”(E13)</p> <p>“ Falo muito com as voluntárias pois na sala estão sempre connosco” (E14)</p> <p>“ Todas as pessoas que trabalham no lar gostam de conversar connosco, por vezes o tempo é que é pouco para os afazeres...” (E15)</p>

		<p>“Durante as visitas que são depois do almoço converso com todos, familiares meus e de outros idosos. Aqui não falta com quem conversar...” (E16)</p> <p>“ Quer com as empregadas quer com as voluntárias... as enfermeiras também falam mas mais a correr pois é só uma para tantos idosos” (E17)</p> <p>“ Toda a gente fala comigo mas as empregadas e a companheira de quarto é com quem mais converso... as voluntárias estão sempre na sala e aproveito para conversar... não as enfermeiras é só quando nos cuidam”(E18)</p> <p>“Falo com toda a gente...às vezes até demais”(E19)</p> <p>“... à sempre alguém que fala connosco, mas eu gosto mais de falar com as pessoas que ouvem e me ajudam a passar o tempo”(E20)</p> <p>“ Sabe que as minhas colegas algumas gostam de falar mas eu nem sempre tenho paciência para ouvir... as meninas falam muito e brincam connosco... as voluntárias e as senhoras enfermeiras quando podem” (E21)</p> <p>“ Falo mais com uma senhora que conheci cá mas que considero amiga, conversamos muito. Também com as meninas e com a enfermeiras se elas podem e o tempo o permite” (E22)</p> <p>“ Gosto muito de falar com as senhoras enfermeiras mas elas só podem enquanto me fazem os pensos... compreendo que o trabalho é muito” (E23)</p> <p>“...As auxiliares, as enfermeiras quando podem e por vezes o senhor Padre mesmo a menina que nos ajuda a fazer ginástica é simpática e por vezes perde um pouco de tempo connosco” (E24)</p> <p>“ As funcionárias quando podem ficam um pouco connosco, mas o tempo é pouco para os afazeres, as voluntárias sentam-se ao pé de nós e conversam” (E25)</p> <p>“ Toda a gente quando pode para um pouco ao pé de nós para saber se tudo está bem e se precisamos de alguma coisa” (E26)</p> <p>“... Não podemos dizer que não temos com quem conversar. As meninas, até as enfermeiras quando preciso...” (E27)</p>
--	--	---

**Quadro 7 – Motivo porque escolheu trabalhar com idosos**

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p>Motivo porque escolheu trabalhar com idosos</p>	<p>Motivações económicas</p>	<p>“ No hospital onde trabalho tenho muito contacto com idosos, com diversas patologias... fui convidada a vir para esta instituição, aceitei pois como não me era difícil este tipo de trabalho e necessitava de ganhar mais um pouco... vim...” (E1)</p> <p>“ ...estou aposentada da função publica... surgiu esta oportunidade ... é uma maneira de ganhar mais um pouco...” (E2)</p> <p>“... Acabei o meu curso e como não tinha emprego e tinha estagiado no lar... sim, ofereci os meus serviços... logo que ouve oportunidade entrei. Foi este o meu primeiro emprego...” (E7)</p> <p>“...é muito difícil quando acabamos os cursos arranjar emprego..., surgiu a oportunidade de aqui ficar... posso dizer que foi cá que comecei” (E13)</p>
	<p>Opção/ vocação</p>	<p>“... Foi sempre meu desejo poder servir os outros... os idosos como são muitas vezes deitados ao abandono, dediquei-me especificamente a eles” (E3, E5)</p> <p>“... Por opção... tem sido muito gratificante. São na maioria pessoas sem família e muito desprotegidas... muitos são um pesadelo para a família...” (E4)</p> <p>“...prendeu-se com o facto de ter tido uma excelente professora de geriatria...trabalhar com crianças toda a gente gosta, mas com idosos é um desafio...” (E6)</p> <p>“ Fiz um estágio nesta área, apercebi-me como era difícil trabalhar com esta faixa etária, mas ao mesmo tempo considero um desafio... os idosos são uma inesgotável fonte de conhecimentos...” (E8)</p> <p>“... Trabalhar com idosos pouca gente gosta, mas eles já são tão pouco acarinhados pelos familiares que necessitam de alguém que os tratem com carinho...” (E9)</p> <p>“ ... Sempre gostei de desafios, e este de trabalhar com idosos, é na verdade difícil, mas muito enriquecedor...para eles, somos a verdadeira família...” (E10)</p> <p>“ Ingressei numa ordem religiosa, e após o meu curso, dediquei-me especificamente aos idosos</p>

	<p>com trabalho há muitos anos... gosto muito...sinto que faço algo de útil...” (E11) “ Já era religiosa quando acabei o curso ... passei a dedicar-me ao apoio domiciliário a idosos...vim para esta casa e aqui tenho oportunidade de tratar idosos, com graves doenças... tem sido muito estimulante...” (E12)</p>
--	---

## Quadro 8 – Processo de Comunicação

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Processo de comunicação	Forma de tratamento com o idoso	<p>“... Depende do idoso...habitualmente pelo nome próprio... de outro modo se eles mostrarem essa vontade...”(E1)</p> <p>“ A primeira abordagem é importante, depois de perguntar como gostam de ser tratados, tento preservar a sua vontade, trato-os como eles gostam...”( E2)</p> <p>“Sempre pelo seu nome.” (E3)</p> <p>“Varia com o tipo de personalidade do idoso...é muito importante que os idosos vejam em nós uma amiga...” (E4)</p> <p>“ Depois de conversar com eles no dia em que entram no lar, tento saber como era tratado por familiares e amigos...isso faz com que eles não se sintam desligados do seu ambiente familiar...” (E5)</p> <p>“ ...da forma como eram tratados em suas casas...é a melhor forma de os por a vontade na instituição” (E6)</p> <p>“ Muitas vezes uso os diminutivos...quando sei que eles gostam...” (E7 E13)</p> <p>“Depende do meu estado emocional e de como encontro ao idosos... não tenho sempre a mesma maneira...” (E8)</p> <p>“...tento sempre tratá-los da forma que eles mais gostam” (E9 E12)</p> <p>“ ...por vezes utilizo muito os termos de avó ou avô como uma forma de carinho...é mais familiar...” (E11)</p> <p>“...o tratamento é importante para os idosos...não pode ser muito formal tento fazer sentir que estou a fazer o melhor para eles...Pelo seu nome por vezes trato-os por tu.”E10</p>
	Momentos mais propícios à comunicação	<p>“...sempre que tenho tempo...privilegio a hora das refeições... e quando dos cuidados...é o momento de maior intimidade” (E1)</p> <p>“Infelizmente o tempo é pouco...mas sempre que posso, paro um bocadinho e sento-me a ouvi-los” (E2)</p> <p>“ O momento dos cuidados é a altura em que posso estar com os idosos com calma e a conversar um pouco...” (E3)</p> <p>“ Sempre que sou solicitada por alguém mas se posso durante a hora das refeições, e</p>

	<p>durante os cuidados” (E4)</p> <p>“ Gostava de ter mais tempo pois gosto de conversar com os idosos, mas a altura em que tenho mais disponibilidade é durante as refeições ... e durante os cuidados...” (E5 E13)</p> <p>“Conversar com os idosos é importante. Aproveito quando da prestação dos cuidados para lhes dar mais atenção...” (E6)</p> <p>“Não há grande tempo... o trabalho não permite... aproveito a hora das refeições pois estou com eles sem outros afazeres...” (E7)</p> <p>“...Aproveito a hora dos cuidados e as refeições para poder estar mais calmamente a conversar com os idosos...” (E8 E9)</p> <p>“ Para os idosos é muito importante que se converse com eles...temos sempre pouco tempo...mas quando bem aproveitado uns minutinhos já são bons...” (E10)</p> <p>“ Quando posso e sempre que eu veja que um ou outro idoso precisa da minha ajuda...mas privilegio a hora dos cuidados” (E12)</p>
--	---

**Quadro 9 – Processo de Comunicação**

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Processo de comunicação	Sugestões para melhorar a comunicação	<p>“... Considero que deveria haver mais auxiliares. Dado as características dos idosos que são acolhidos neste lar. São doentes muito dependentes, com necessidade de cuidados aumentados... e se possível aumentar o numero de enfermeiros por turno.”(E1)</p> <p>“...dar mais formação ao pessoal auxiliar... Avaliação criteriosa no momento da admissão para se poderem programar em termos de cuidados. Haver possibilidade de termos tempo disponível para conversar com os idosos... não somente quando somos por eles solicitados...” (E2)</p> <p>“... A instituição deveria envolver mais os familiares no cuidado dos idosos .... Ficaríamos com mais tempo para fazermos um acompanhamento mais humanizado...a formação de auxiliares e voluntárias teria que ser mais cuidadosa...aumentar o numero de enfermeiras por turno...” (E3)</p> <p>“Para que se pudesse melhorar a comunicação com os idosos e tendo em conta as características deste lar deveríamos ter mais tempo disponível, não estar com pressa... claro que quando algum deles precisa de nós estamos presentes, mas era necessário mais pois alguns não têm família e gostam de conversar...” (E4)</p> <p>“... A formação é muito importante... para nós e para o pessoal auxiliares, pois sabemos que tratar idosos não é fácil e só se soubermos algo da sua psicologia é possível compreende-los...e prestar-lhes os melhores cuidados...” (E5)</p> <p>“ Se calhar era importante apostar na formação... pois muitas vezes as barreiras encontradas advém do desconhecimento do desconhecimento do processo de envelhecimento. Cada idoso tem as suas dificuldades que importa conhecer e avaliar para uma boa comunicação.” (E6)</p> <p>“... Tratar idosos não é fácil em especial se não os soubermos compreender... as auxiliares quando não têm formação sentem imensas dificuldades em compreende-los... apostar na formação era importantíssimo.” (E7)</p> <p>“Com a falta de pessoal que temos deveriam criar-se incentivos para que as pessoas se dedicassem mais e apostassem em formação especifica... comunicar com idosos não é fácil pelas barreiras que se vão criando, mas se as condições forem bem avaliadas é mais</p>

		<p>fácil...” (E8)</p> <p>“ Nesta instituição pelos idosos que acolhe deveria haver maior investimento no número de pessoas e na formação...dos enfermeiros e dos auxiliares...” (E9 E11)</p> <p>“... Penso que pouco pode ser mudado, a não ser tentar fixar mais o pessoal auxiliar, dar formação envolvendo-o mais no cuidado aos idosos, definir prioridades nas suas funções, pois é importante dar atenção aos idosos no momento em que somos solicitados.”(E10)</p> <p>“... se o trabalho não fosse tão pesado deveríamos dar mais atenção às necessidade dos idosos, ter tempo para por uns momentos nos sentarmos a conversar e a ouvir o que têm para dizer...ouvi-los para eles é meio tratamento...” (E12)</p> <p>“ Deveriam ser feitas mais acções de formação para todos os que trabalham nesta instituição para que saibam compreender melhor as dificuldades encontradas... por vezes são as necessidades e até as queixas dos idosos mal interpretadas por não sabermos avaliá-las...o idoso tem uma psicologia muito própria...” (E14)</p>
	<p>Barreiras à comunicação</p>	<p>“...Os de ordem cognitiva... mas os mais frequentes são os auditivos. Quase todos os idosos ouvem mal... e como é necessário falar-lhes muito alto por vezes damos-lhes menos atenção...assim como eles se não nos ouvem fecham-se um pouco na sua concha...” (E1)</p> <p>“ As barreiras à comunicação com o idoso são várias. Desde as cognitivas, as intelectuais isto é a dificuldades em nos compreender e em se fazerem compreender...” (E2)</p> <p>“ Considero que para que se possa comunicar eficazmente com o idoso é necessário que criar-se uma relação empática. Nem sempre é possível. Sejam quais forem as limitações apresentadas pelos idosos, é sempre possível comunicar mas para tal é necessário tempo.” (E3)</p> <p>“ As barreiras encontradas são de diversas ordens , muitas delas estão ligadas ao envelhecimento: alterações auditivas, visuais e psicológicas. Há processos patológicos que vão alterar a comunicação nomeadamente os AVC com disartrias.” (E4)</p>

		<p>“ ... São de várias ordem, as normalmente encontradas nos idosos como a audição, visão e alterações originadas por algumas doenças. As alterações de ordem psicológica são muito importantes pois os idosos apresentam muitas alterações a esse nível. Mas considero muito importante que mesmo que nos pareça difícil devemos insistir e perder um pouco de tempo para dialogar com os idosos.” (E6)</p> <p>“... as doenças de ordem psíquica são uma das barreiras mais importantes à comunicação. As cognitivas também. Os doente que não vêem ou não ouvem apresentam grandes dificuldades no processo de comunicação”. (E7.E10)</p> <p>“ .... São variadas e por vezes difíceis de ultrapassar. A adaptação a um novo ambiente o desconhecimento das pessoas que vão encontrar a reserva em relação ao modo com vão ser tratadas são tudo motivos para que os idosos sintam dificuldade em comunicar. Para os profissionais as barreiras mais importantes são as de nível cognitivo”.(E8)</p> <p>“... Uns porque ouvem mal, outros porque não vêem outros porque estão intelectualmente diminuídos...Também o desinteresse pala vida, a revolta do abandono a que muitas vezes são sujeitos por familiares...” (E9)</p> <p>“ Os idosos são pessoas muito difíceis, e quando estão em lares, muitos estão desadaptados, não aceitam as suas limitações... falar com eles é importante as barreiras encontradas são imensas, mas que é preciso ultrapassar com boa vontade e no sentido de fazer com que voltem a sentir vontade de viver...” (E11)</p> <p>“... Imensas... mas que são possíveis de ultrapassar, as mais difíceis são as de ordem psicológica... A maior parte dos idosos ouve muito mal pelo que evitam falar isolando-se...a visão também está muitas vezes diminuída ou ausente... somos nós que temos a obrigação de nos aproximar e captar-lhes a atenção...” (E12)</p> <p>“São muitas mas temos que ter muita paciência pois os idosos precisam muito de nós. Nem sempre é fácil, mas um momento de atenção faz com que eles se sintam tão felizes que damos o nosso tempo por bem empregue...” (E13)</p>
	Estratégias para melhorar a comunicação	“...tenho alguma dificuldade em gerir o tempo pois é pouco para as tarefas que temos que executar, mas sempre que posso converso com os idosos...se algum precisa adio o que tenho a fazer para poder ouvi-lo no

	<p>momento em que ele precisa...”E1</p> <p>“ Quando sou solicitada, adio as tarefas para outra altura e converso, ou melhor sento-me um pouco para saber o que se passa... Aproveito nos doentes que necessitam dos meus cuidados para aproveitar esses momentos para uma palavra de consolo...” (E2)</p> <p>“ ...tenho notado que com a experiência mais se nota o quanto é importante estar atenta às necessidades dos idosos. Procuro nunca deixar de responder às suas solicitações e parar um pouco para os ouvir...” (E3)</p> <p>“ As nossas ocupações são muitas mas às vezes é necessário parar um pouco e dar atenção a outras pequenas coisas. Um dia ao passar apressada por uma idosa esta virou-se para mim e disse-me: pare um pouco para me ouvir...” (E4)</p> <p>“ Embora o tempo seja pouco procuro a hora dos cuidados, das refeições e liberto-me um pouco para estar com eles fazer um pouco de companhia ouvir as suas queixas e lamentações ou simplesmente conversar de coisas do quotidiano... (E5)</p> <p>“... Tento estabelecer prioridades nas tarefas que tenho a fazer. Deixo o que pode ser adiado para poder responder às solicitações dos idosos”. (E6)</p> <p>“Nem sempre é fácil, mas sistematizo mentalmente as intervenções de cada idoso e vou executá-las por prioridades. Quando é possível sento-me um pouco ao pé deles ouvindo e tentando naqueles mais difíceis criar um ambiente propicio para que eles possam conversar”(E7)</p> <p>“...quando é possível faço um intervalo nas actividades do turno para conversar um pouco e fazer-lhes um pouco de companhia... são muito carentes muitos deles viviam sós e não tem família pelo que se não somos nós ninguém os ouve...” (E8)</p> <p>“ com todos os afazeres que temos é muito difícil disponibilizar muito tempo para conversar, aproveito os momentos em que estou a prestar cuidados e não raras vezes saio mais tarde para conversar com eles...”(E9)</p> <p>“Embora com muitos afazeres temos que disponibilizar algum tempo para os idosos, aproveitar os momentos que possamos ter para os ouvir. Com os deficits auditivos, visuais e cognitivos que os idosos apresentam é necessário tempo e calma para conversar com eles e arranjar alternativas à linguagem verbal para conversar com eles. Há alturas em que uns precisam mais que outros e temos que estar atentas” (</p>
--	--

		<p>E10)</p> <p>“... É muito difícil arranjar tempo para todos, mas sistematizando os cuidados e aproveitando os momentos em que obrigatoriamente estamos com eles procuramos dar-lhes mais atenção. Os idosos são muito apelativos gostam de conversar... a hora das refeições é importante pois estamos com eles aproveitando para os ouvir.” (E11)</p> <p>“ Melhora-se a comunicação arranjando tempo para estar com eles... ouvi-los, não os deixar sós... estar atentas às suas necessidades. As barreiras que existem e são muitas temos que as ultrapassar... as carências afectivas são muitas. A ausência dos familiares... enfim o que precisam é de carinho e atenção” (E12)</p> <p>“ ... Com as imensas limitações que os idosos tem na comunicação temos que arranjar algumas estratégias para melhor os tratarmos e comunicar com eles é um factor importante para a sua adaptação à sua nova situação... Estar num lar por si só já é um motivo de desanimo longe de amigos e familiares...procuro ouvi-los, conversar com eles aproveitando todos os momentos que me ficam livres...” (E13)</p>
--	--	--

Sim,  
com todos os fatos  
e um de muita felicidade  
pel' a Direcção do Lar.

Exmo. Sr. Presidente da  
Direcção do Lar  
"Calvário do Carvalho"

António Manuel Conde de Almeida Alves

António Manuel Conde de Almeida Alves, aluno do VII Mestrado em Ciências de Enfermagem a decorrer no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, encontrando-se na fase de elaboração da Tese de Mestrado subordinado ao tema: " A Importância da Comunicação no Cuidar do Idoso " , vem por este meio solicitar a V. Exa., se digne autorizar a colheita de dados nessa Instituição, durante o mês de Março do corrente ano, para a consecução da mesma. O instrumento de recolha de dados a utilizar, será a Entrevista Semi-Estruturada dirigida aos Enfermeiros que trabalham nessa Instituição e aos idosos aí internados.


Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os resultados do Estudo serão facultados à Instituição, caso seja o seu desejo.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Porto, 3 de Fevereiro de 2001

  
António Conde