

**O BANHO NO LEITO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO
HOSPITALAR.
VIVÊNCIAS DE PESSOAS IDOSAS**

SUSANA ISABEL AGUIAR MARTINS

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

SUSANA ISABEL AGUIAR MARTINS

**O BANHO NO LEITO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO
HOSPITALAR
VIVÊNCIAS DE PESSOAS IDOSAS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora - Prof. Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa.

Professora Coordenadora com Agregação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

Se alguém gosta de ensinar
Esse alguém sabe partilhar
E fá-lo com amor e carinho
Arminda Costa deu-nos coragem
Fez-nos ver que a Enfermagem
Ainda é um longo caminho

Com vontade de vencer
Sem podermos esquecer
O apoio familiar
Com devoção e firmeza
Levaremos com certeza
Alegria a muito lar

“Todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.
E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis
Um sopro do vosso espírito”

Khalil Gibran

SIGLAS E ABREVIATURAS

AC - Autocuidado

Art.º - Artigo

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividade de vida diária

CIPE - classificação internacional para a prática de enfermagem

cont. - Continuação

Dec. - Decreto

EPE - Entidade Pública Empresarial

et al. - *et allium*

etc. - *et caetera*

ex. - Exemplo

ICN - International Council of Nursing

INE - Instituto Nacional de Estatística

n.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

p. - por

p. - Página

p. ex. - por exemplo

séc. - século

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

s/d - Sem data

TV - Televisão

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

vol. – Volume

RESUMO

Associado à evidência de que a população mundial se encontra envelhecida surge uma maior prevalência de doenças crónicas. Os idosos, regra geral, tornam-se dependentes da equipe de enfermagem para a satisfação de várias actividades, entre elas, o banho no leito, o qual, se por um lado propicia um contacto mais íntimo com o utente, por outro, despoleta uma gama de sentimentos positivos e negativos como consequência da exposição do corpo nu. Neste sentido, perceber como vivencia o idoso o banho no leito fornecido por enfermeiros foi motivo de reflexão deste estudo.

Os objectivos do estudo são:

- ✓ Compreender como vivencia a pessoa idosa o estar dependente e necessitar que lhe dêem banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa a sua intimidade;
- ✓ Compreender como experiencia a pessoa idosa o toque do enfermeiro no seu corpo durante o banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa o desnudamento do corpo no banho;
- ✓ Compreender como se sente a pessoa idosa cuidada pelos enfermeiros durante o banho.

A opção metodológica do estudo situou-se no paradigma construtivista com recurso à abordagem fenomenológica.

O estudo foi realizado nos serviços Medicina I e II do Hospital de Santo espírito de Angra do Heroísmo a uma amostragem de 12 (doze) participantes.

No processo de recolha de dados seleccionámos a entrevista semi-estruturada e no tratamento dos dados utilizámos a análise de conteúdo.

Os resultados deste estudo apontam no sentido de que a vivência da intimidade da pessoa idosa no banho sofre influência da condição de género do cuidador, bem como, da experiência profissional do enfermeiro, do autocuidado no banho e dos modos de protecção da privacidade utilizados pelos enfermeiros. A maioria dos idosos não se encontra preparada para o contacto físico que o banho no leito implica e alguns nem mesmo o admitem. Neste sentido, os idosos revelam sobretudo uma gama de sentimentos negativos acompanhados de manifestações físicas genuínas quando o seu corpo nu é exposto no banho.

ABSTRACT

Related to the evidence that the worldwide population is mostly aged arises a bigger prevalence of chronic diseases. The elderly became dependent of the nursing team to satisfy some of their activities, such as the bed bath, which on the one hand provides an intimate contact with the patient, by the other one evokes several kinds of positive and negative feelings as a consequence of the exposure of the naked body. That's why to comprehend how do elderly deal with bed bath given by a nurse was the motive of the reflexion of this study.

The aims of this study are:

- To understand how do elderly people deal with the fact of being dependent of someone to give them bath;
- To comprehend how do elderly people live their intimacy;
- To recognize how do elderly experience the touch of the nurse on their body during the bath;
- To understand how do elderly deal with the nakedness of the body during the bath;
- To comprehend how do elderly feel about being take care by nurses during the bath.

The methodological option of the study was situated on the constructivist paradigm with resources to the phenomenological approach.

The study was performed on the services of Medicine I and II of the Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo to a sample of twelve participants.

In the process of collecting data we selected the semi-structured interview and in the data treatment we used the analysis of the content.

The results of this study show that the existence of the intimacy of the elderly people in the bath it's influenced by the condition of gender of the caregiver, as well as by the professional experience of the nurse, of the self-care in the bath and of the means of protection of the privacy used by nurses. The majority of elderly isn't prepared to the physic contact that the bed bath involves and some of them don't admit it at all. That's why elderly mainly revel negative feelings follow up by genuine physical manifestations when their naked body is exposed in the bath.

RÉSUMÉ

Associé à la preuve que le vieillissement de la population mondiale est une plus forte prévalence des maladies chroniques des personnes âgées en général, deviennent dépendants de personnel infirmier pour répondre aux différentes activités entre elles, le bain au lit, qui, tout en offrant un contact plus intime avec l'utilisateur, de l'autre, d'un apprêt gamme de sentiments positifs et négatifs à la suite de l'exposition du corps nu. En ce sens, la perception et l'expérience de l'âgée dans le lit de bain fournis par les infirmiers est une source de réflexion dans cette étude.

Les objets de l'étude sont:

- L'expérience pour comprendre comment la personne âgée est dépendante et la nécessité de donner le bain;
- Comprendre comment l'expérience de l'intimité des personnes âgées;
- Comprendre comment les personnes âgées réagissent à l'expérience tactile de l'infirmier dans son corps pendant le bain;
- Comprendre comment les personnes âgées de l'expérience de la dénuder le corps dans le bain;
- Comprendre comment les personnes âgées se sentent prises en charge par les infirmiers au cours du bain.

L'option méthodologique de l'étude réside dans le paradigme constructiviste en utilisant la méthode phénoménologique.

L'étude a été menée dans les services médicaux I et II de l'Hôpital de "Santo Espírito" à "Angra do Heroísmo" à un échantillon de douze (12) participants.

La collecte de certains semi-structurées et de traitement des données à l'aide de l'analyse de contenu.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'expérience de l'intimité des personnes âgées dans le bain souffre l'influence de la condition du genre de l'aidant, et l'infirmier de l'expérience de soi dans le bain et des méthodes de protection des renseignements personnels utilisés par les infirmiers. La plupart des personnes âgées ne sont pas préparées par le contact physique qui implique la baignade dans le lit et parfois même à admettre.

En ce sens, en particulier les personnes âgées présentent une gamme de sentiments négatifs accompagnée de manifestations physiques lorsque votre corps est exposé nu dans la baignoire.

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	16
PARTE I – DO ENVELHECER AO SER IDOSO E NECESSITAR DE CUIDADOS	19
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E HOSPITALIZAÇÃO.....	20
1- CONCEITO DE ENVELHECIMENTO.....	20
1.1- MODOS DE OLHAR O ENVELHECIMENTO	23
1.1.1- Envelhecimento biológico	26
1.1.2- Envelhecimento neuropsicológico	30
1.1.3- Envelhecimento social	32
2 – O IDOSO E A DEPENDÊNCIA.....	47
3 – O IDOSO E A HOSPITALIZAÇÃO.....	52
CAPÍTULO II – CORPO E ENVELHECIMENTO.....	61
1 – CORPO E CORPOREIDADE	61
1.1 – O CORPO ENVELHECIDO.....	65
1.2 – O CORPO DOENTE	67
1.3 – O CORPO DESNUDADO	71
1.4- O CORPO NO DOMÍNIO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	74
CAPÍTULO III – DO CUIDAR NA INTIMIDADE À INTIMIDADE NO CUIDAR	79
1 – O CUIDAR NA INTIMIDADE: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NO CUIDAR A INTIMIDADE DO UTENTE.....	79
1.1 – CUIDADOS DE HIGIENE: O BANHO NO LEITO.....	92
1.2 – O PUDOR.....	109
2- A PRESENÇA DOS SENTIDOS NO CUIDAR A INTIMIDADE.....	118
2.1- O OLHAR.....	120
2.2- A ESCUTA.....	123
2.3 - O TOQUE.....	125
2.4 – O OLFAC TO.....	129
PARTE II – O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	131
1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS: QUESTÕES ORIENTADORAS.....	132
2- OPÇÃO METODOLÓGICA.....	135
2.1- TIPO DE ESTUDO.....	135
2.2 - PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM	139
2.3 – CONTEXTO DO ESTUDO.....	142
2.4 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	145
2.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NO TRABALHO DE CAMPO	150
2.6 – PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS	151

PARTE III – BANHO NO LEITO: DO SENTIR-SE NU AO SER DESNUDADO	155
0- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	157
1- VIVER E SENTIR-SE DEPENDENTE.....	158
2- SENTIR-SE NU DURANTE O BANHO: VIVÊNCIAS DAS PESSOAS IDOSAS.....	160
2.1- PAPEL DAS EXPERIÊNCIAS JÁ VIVIDAS.....	161
2.2- SER CUIDADO NA NUDEZ: QUESTÕES DE GÊNERO	162
2.4 - SENTIMENTOS DAS PESSOAS IDOSAS FACE À NUDEZ DURANTE O BANHO	171
2.5 - MANIFESTAÇÕES DA PESSOA IDOSA DURANTE O BANHO	177
2.6 - O BANHO COMO PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO IDOSO.....	180
3- O MOMENTO DO BANHO: INTERFERÊNCIAS E VIVÊNCIAS.....	183
3.1- MODOS DE PROTECÇÃO DA PRIVACIDADE DA PESSOA IDOSA PELOS ENFERMEIROS	183
3.2- INVASÃO DA PRIVACIDADE DA PESSOA IDOSA	186
4- PRESTAÇÃO DO BANHO PELOS ENFERMEIROS: VIVÊNCIAS DAS PESSOAS IDOSAS.....	189
4.1- COMO LIDAM OS IDOSOS COM OS PROCEDIMENTOS DO BANHO	190
4.2- O SENTIMENTO DE RESPEITO.....	191
4.3- APELO DOS IDOSOS À MELHORIA DAS CONDIÇÕES LOGÍSTICAS	192
4.4- INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO BANHO: SUA INTERPRETAÇÃO PELOS IDOSOS	193
5- VIVÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO/PESSOA IDOSA DURANTE O BANHO..	194
5.1- O BANHO: VALIDAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS DO DOENTE	195
5.2- O BANHO: SENTIMENTOS NEGATIVOS VERBALIZADOS PELOS IDOSOS.....	196
5.3- VIVÊNCIAS DO HUMOR DURANTE O BANHO	197
6.1- SENTIMENTOS VERBALIZADOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DE LUVAS NO BANHO	200
6.2- SENTIMENTOS VERBALIZADOS SOBRE A REALIZAÇÃO DA MASSAGEM	202
7- SENTIMENTOS DA PESSOA IDOSA FACE AO ENFERMEIRO DURANTE O BANHO	203
 PARTE IV – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	205
1- CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	206
2 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	216
ANEXOS.....	232
ANEXO I	233
PEDIDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO	
HEROÍSMO PARA OBSERVAÇÃO DO BANHO NO LEITO.....	233
ANEXO II	235
AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELO HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO PARA	
OBSERVAÇÃO DO BANHO NO LEITO.....	235
ANEXO III	237
PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE	
SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO	237
ANEXO IV	240

RESPOSTA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO	
HEROÍSMO – REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS.....	240
ANEXO V.....	242
CONSENTIMENTO INFORMADO	242
ANEXO VI.....	244
GUIÃO DE ENTREVISTA.....	244
ANEXO VII.....	251
TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 2	251
ANEXO VIII.....	258
MATRIZ GLOBAL DE CODIFICAÇÃO DE DADOS	258
ANEXO IX.....	270
PEDIDO DE DADOS ESTATÍSTICOS AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DE SANTO	
ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO	270

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001. Inquérito ao emprego -----	34
Figura 2 - Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050 -----	39
Figura 3 - Pirâmide etária, Portugal, 1991 e 2001-----	39
Figura 4 – Arquipélago dos Açores -----	41
Figura 6 – Sentir-se nu durante o banho: vivências das pessoas idosas-----	160
Figura 7 – Ser cuidado na nudez: questões de género -----	169
Figura 8 – Manifestações da pessoa idosa durante o banho no leito -----	179
Figura 9 – Modos de protecção da privacidade da pessoa idosa pelos enfermeiros-----	183
Figura 10 – Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências das pessoas idosas -----	190
Figura 11 – O banho: validação das preferências do idoso-----	196
Figura 12 – O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas -----	211

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Pessoas com idade > 65 anos R.A.A. -----	42
Tabela 2 - Estimativas da população com > 65 anos (1991-1997)-----	43
Tabela 3 - Pessoas com idade > 65 anos - Censos 2001 -----	44
Tabela 4 - Índice de envelhecimento -----	45
Tabela 5 - Índice de dependência dos idosos (2006)-----	46
Tabela 6 - Caracterização dos participantes do estudo -----	141
Tabela 7 - Movimento do internamento nos serviços Medicina - 2008 -----	143
Tabela 8 - Distribuição de doentes saídos > 65 anos - 2008 -----	143
Tabela 9 – Síntese das categorias e subcategorias que emergiram da análise -----	158
Tabela 10 – Sentimentos das pessoas idosas face à nudez durante o banho -----	177
Tabela 11 – Invasão da privacidade da pessoa idosa-----	189

INTRODUÇÃO

0 – INTRODUÇÃO

A sociedade actual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, em consequência do aumento dos níveis de esperança média de vida e do declínio da natalidade (Instituto nacional de estatística [INE], 2002). Os progressos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, à qual se associa uma maior prevalência de doenças crónicas e dependência nas actividades de vida diária (Sequeira, 2007). Os idosos, regra geral, apresentam perda de autonomia, encontram-se muitas vezes acamados, com patologias múltiplas, necessitando de internamentos cada vez mais exigentes em cuidados (Pereira, Ducla-Soares e Abecasis, 2002) e dependendo da equipa de enfermagem, para suprir várias necessidades.

Em contexto de internamento hospitalar, a privacidade do utente reside no próprio enfermeiro que, em consequência da dependência, expõe invariavelmente a intimidade do utente. De acordo com Pupulim e Sawada (2005), a enfermagem é a profissão que mais expõe, toca e manuseia o corpo do indivíduo durante o internamento. Este constante envolvimento do enfermeiro nos aspectos mais íntimos da vida das pessoas despoleta uma atenção significativa pela compreensão da dimensão do corpo, veículo de encontro e alvo de cuidados. Este fenómeno, insuficientemente estudado tem de ser compreendido pelos enfermeiros, na medida em que preservar o respeito pela intimidade do utente é um imperativo ético no estabelecer de uma qualquer relação terapêutica de confiança.

Os cuidados de higiene são o momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o doente, cujo corpo desnudado fica exposto aos olhos dos profissionais, sentindo-se desprotegido e com manifestações e expressões físicas e emocionais mais genuínas. Perceber como vivencia a pessoa idosa o momento do banho no leito fornecido por enfermeiros foi, desde sempre, motivo de reflexão, tendo vindo a determinar a selecção do tema deste estudo, pois como sugerem Polit, Beck e Hungler (2004), a génese de um problema de investigação resulta de uma situação incompreendida, inquietante ou perturbadora para o investigador. Adoptou-se a experiência da pessoa idosa pois, de acordo com De La Cuesta (1997), diversos autores e investigadores de enfermagem defendem que a participação dos utilizadores na definição de cuidados é reveladora de referentes essenciais para a construção do

processo de cuidados. Carvalhais (2007) também é da opinião que os usuários devem ter cada vez mais um papel activo na melhoria da qualidade dos cuidados.

Para Quivy e Campenhoudt (1998:44), a melhor maneira de começar um trabalho de investigação “consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida” que advém de outras que consideramos orientadoras. Através dela, “o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor” (ibidem, p.32). Sendo assim, definiram-se as seguintes perguntas de investigação:

- ✓ Compreender como vivencia a pessoa idosa o estar dependente e necessitar que lhe dêem banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa a sua intimidade;
- ✓ Compreender como experiencia a pessoa idosa o toque do enfermeiro no seu corpo durante o banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa o desnudamento do corpo no banho;
- ✓ Compreender como se sente a pessoa idosa cuidada pelos enfermeiros durante o banho.

A pergunta de partida do estudo é:

Como vivem as pessoas idosas dependentes a sua intimidade durante o banho no leito realizado por um enfermeiro?

O banho no leito, segundo Ogasawara (1989), “é muito mais que um procedimento básico de enfermagem, é uma necessidade humana essencial para pessoas que precisam de repouso absoluto, ou cuja mobilidade/locomoção estejam afectadas” (*in Dias et al, s/d*). Deste modo, a relevância prática deste estudo assenta, principalmente, na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa, nomeadamente, no momento do banho no leito, promovendo a preservação da sua privacidade e intimidade. Este conhecimento é essencial para que os enfermeiros possam desenvolver cuidados mais holísticos e humanizados, tendo sido elaborado um plano lógico, criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões da investigação colocadas (Fortin, 1999).

O estudo desenvolveu-se nos serviços Medicina I e II do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo a uma amostragem de utentes dependentes no banho. O tamanho da amostragem será determinado pelo momento em que a saturação de dados seja alcançada.

Em termos metodológicos, a nossa opção recaiu no modelo qualitativo, com recurso à abordagem fenomenológica, na medida em que, de acordo com Munhall e Boyd (*in* Loureiro, 2002:11), a investigação em enfermagem não pretende compreender as pessoas, apenas através daquilo que é passível de ser observado e medido, mas, sobretudo, através das descrições que estas fazem dos seus mundos, isto é, as suas vivências, experiências e o que para estas significa viver determinado fenómeno.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes:

Parte I - “*Do envelhecer ao ser idoso e necessitar de cuidados*”, visando enquadrar, teoricamente, o problema de pesquisa através de uma identificação dos temas mais relevantes para o seu equacionamento. Assim, dedicar-se-á um primeiro capítulo ao envelhecimento, dependência e hospitalização, no qual abordaremos o conceito de envelhecimento e os modos de olhar o mesmo, o idoso e a dependência e o idoso e a hospitalização. O segundo capítulo abordará “O corpo e o envelhecimento” e o terceiro capítulo, “Do cuidar na intimidade à intimidade no cuidar” que aborda estratégias utilizadas pelos enfermeiros no cuidar a intimidade do utente e a presença dos sentidos no cuidar a intimidade;

Na Parte II - procederemos à conceptualização do *estudo empírico*;

Na Parte III - “*Banho no leito: do sentir-se nu ao ser desnudado*” faremos a apresentação e interpretação dos resultados da investigação, as principais conclusões e sugestões. As conclusões do trabalho permitir-nos-ão uma melhor compreensão da realidade por nós estudada, contudo, não deverão ser consideradas definitivas e generalizáveis.

PARTE I – DO ENVELHECER AO SER IDOSO E
NECESSITAR DE CUIDADOS

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA E HOSPITALIZAÇÃO

1- CONCEITO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população é uma realidade inevitável, é a consequência mais visível das profundas alterações demográficas que caracterizam a segunda metade do séc. XX, estando a tornar-se um dos problemas mais importantes nas sociedades contemporâneas. Tanto os países desenvolvidos, como os países em vias de desenvolvimento, têm vindo a defrontar-se com esse problema. A população envelheceu rapidamente e o número de pessoas idosas não deixa de aumentar. Esta situação despoletou, nas últimas décadas, variadas investigações com o intuito de melhor explicar e definir o envelhecimento humano.

O envelhecimento é um fenómeno universal, mas uma realidade bem visível no nosso século. A constatação de que é universal deriva do facto de ser um processo que tem início com o nascimento, desenrola-se durante toda a fase de crescimento do indivíduo e culmina com a morte, exigindo necessariamente, aprendizagens, adaptações, participações e eventualmente necessidade de ajuda.

Da mesma forma que os Homens nascem e crescem, também envelhecem e morrem. “Na sequência mesma deste princípio, a velhice também é «natural» no sentido em que subjugam todos os Homens a um único princípio de vida que faz tábua rasa das idiossincrasias biográficas: independentemente do seu percurso de vida, os Homens envelhecem todos, tal como todos morrem” (Viegas & Gomes, 2007:61-62).

Berger e Mailloux-Poirier (1995) definem envelhecimento como um processo multifactorial que leva a uma deterioração fisiológica do organismo, sendo a característica mais evidente do mesmo, a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente. Naturalmente, que esta diminuição da capacidade de adaptação ao meio em que se vive e às agressões da vida, associada à ideia de doenças, sofrimento e morte acentua-se com o avançar da idade e com o surgimento de doenças crónicas. Na opinião de Paúl e Fonseca (2005:38) “(...) a adaptação implica a compensação de perdas através do recurso a novas estratégias de pensamento e a novas estratégias de resolução de problemas, que reflectem bem a experiência de vida de cada um”, mas, em contrapartida, e indo de encontro com Berger e Mailloux-Poirier (1995:165) “A velhice é uma «situação de crise», um ponto de viragem na existência em

que os mecanismos de adaptação habituais já não permitem fazer face às diferentes alterações encontradas, e que são muito ameaçadoras e, sobretudo, geradoras de stress”.

Logo, verifica-se que no processo de envelhecimento ocorrem um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos. Neste sentido, poder-se-á afirmar que o envelhecimento não é uma doença, envelhece-se porque se vive. É um processo integrante de um desenvolvimento normal (Morais, 2001; Fontaine, 2000).

Afigura-se-nos importante reflectir que o ser humano envelhece não de forma súbita mas antes paulatinamente e que, apesar do processo de envelhecimento originar alterações ao nível das estruturas e funções do organismo, estas modificações não acontecem de maneira igual, sendo que uma mesma função pode envelhecer a ritmos diferentes em pessoas diferentes, ou seja, os efeitos do envelhecimento não são homogéneos; nem todos os órgãos corporais e funções psicológicas envelhecem ao mesmo ritmo (Morais, 2001).

Assim sendo, “num mesmo indivíduo, as mudanças que se produzem com a passagem do tempo numa determinada função ou capacidade psicológica ou fisiológica não predizem, necessariamente, modificações noutras características psicológicas ou sistemas fisiológicos” (Figueiredo, 2007:31). Ao facto de ninguém envelhecer da mesma maneira ou ao mesmo ritmo Berger e Mailloux-Poirier (1995) denominam de envelhecimento diferencial. Neste sentido, certos idosos estão mais envelhecidos e outros parecem mais jovens.

Caracterizar envelhecimento e doença enquanto sinónimos é comum, contudo, “um erro grave”, segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995). Estes autores referem ainda que pesquisas recentemente realizadas comprovam que os processos normais de envelhecimento e doença são distintos. Enquanto os processos de envelhecimento são irreversíveis atacam a saúde e são cronológicos, as doenças são reversíveis e não aparecem em momentos precisos.

Na mesma linha de pensamento Zimerman (2000) e Fernandes (2000) referem que a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças: vive-se, logo envelhece-se.

Pode concluir-se que no processo de envelhecimento concorrem a interacção de factores internos, tais como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a

educação, o ambiente em que o sujeito vive. De acordo com Costa (1998:48) “Nos seres humanos, segundo determinadas correntes, as diferenças de envelhecimento são, em parte, geneticamente determinadas, mas são substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente”.

Como tal, os idosos constituem uma categoria heterogénea pois cada indivíduo idoso tem uma história, uma personalidade e é condicionado por um conjunto de factores que tornam a sua existência única, ainda que partilhando experiências sociais com outros. Ou seja, se o processo de envelhecimento é individual e variável, no sentido em que, não se manifesta biologicamente homogéneo, devido à variedade genética original, à diferenciação das experiências de vida, não existe uma velhice semelhante entre dois indivíduos diferentes organicamente e a vida experimentada por cada um contribui para uma diferenciação ilimitada entre as pessoas idosas, “não se pode continuar a considerar a velhice como um grupo homogéneo, dado que tal afirmação não tem qualquer significado, nem científico, nem sociológico” (Costa, 1998:48 citando Paillat, 1986).

O modo como se envelhece e a valorização dada a esse processo depende mais das sociedades humanas do que da natureza. Varia consoante as épocas e as culturas e consoante os modos de vida e os meios científicos, médicos e tecnológicos.

Envelhecer é percorrer uma artéria, a qual com o decorrer dos anos vai enrijecendo, sendo por isso necessário que o indivíduo percorra trilhos alternativos, por vezes com apoios para adaptar-se às exigências que a própria idade acarreta. “(...) é o momento de olhar para trás e tirar conclusões do passado; de aceitar a inevitabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir aos jovens o saber e a experiência dos homens. É a oportunidade de «deitar contas à vida», como sujeito activo, agente válido do imediato, que pensa e quer continuar a intervir na construção de uma sociedade melhor” (Fernandes & Lopes, 2002:26).

Porque não considerar a velhice um privilégio pela riqueza da experiência que se atinge? Uma espécie de coroamento de todas as etapas da vida do indivíduo?

A pessoa idosa não é apenas um adulto com mais anos, mas sim uma pessoa que atingiu um patamar de desenvolvimento qualitativamente diferenciado, e que por tal, pode perspectivar a vida, a saúde e o conforto de modo distinto daquele (Kolcaba citado por Dowd, 2004).

A título conclusivo, “Desde há alguns anos, o envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde e

começa a influenciar profundamente a prática dos cuidados de enfermagem. Parece que esta tendência se manterá, uma vez que a evolução demográfica mundial indica que o número de pessoas idosas se mantém em crescimento” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995:87).

1.1- MODOS DE OLHAR O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser olhado de vários modos, dependendo este de indivíduo para indivíduo. Grande parte da literatura geriátrica e gerontológica estabelece a idade cronológica como critério para definir pessoa idosa. Contudo, a idade cronológica por si só não é suficiente para definir quando se é ou não idoso porque nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Nesta perspectiva torna-se difícil estipular uma data a partir da qual se consideram as pessoas “velhas”.

Pimentel (2001:41) aborda que a idade cronológica “surge, aparentemente, como um marco e uma forma relativamente precisa de identificar esse grupo. No entanto, as características relativas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental, social, podem ser tão distintos entre indivíduos, que qualquer classificação se torna arbitrária, pois dificilmente encontra critérios homogêneos que a fundamentem”.

Na tentativa de uniformizar critérios a Organização Mundial de Saúde [OMS] convencionou que o idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos de idade, independentemente do sexo e estado de saúde. Também a Organização das Nações Unidas [ONU] demarcou o início da velhice aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos sessenta anos de idade nos países em desenvolvimento.

É evidente na nossa sociedade, a crescente importância atribuída à idade cronológica, a qual está na base de definições legais para determinar os parâmetros dos consecutivos períodos de vida. Tendo em conta o referido, infelizmente na actualidade é-se velho porque se tem 65 anos, por imposição da política de trabalho, independentemente das capacidades e da produtividade, isto é, sem critérios biológicos que definam a velhice e sem ter em conta a forma como a velhice é vivida por cada indivíduo numa realidade social concreta (Morais, 2001).

Contrariamente ao acima referido Paúl (2005) defende que, apesar de ser vulgarmente utilizado, o critério da idade, deixou de constituir um indicador rigoroso para

determinar o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

Nesta sequência de ideias, Paúl (1997) considera três tipos de idade, as quais podem ser maiores ou menores do que a respectiva idade cronológica dos sujeitos:

- Idade cronológica: medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação;
- Idade social: refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento;
- Idade psicológica: refere-se às capacidades comportamentais do indivíduo em adaptar-se ao meio. É influenciada pelos factores biológicos e sociais, mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções, para exercer controlo comportamental ou auto-regulação.

Costa (1998), para além da idade cronológica, social e psicológica defendidas por Paúl, acrescenta a idade biológica, definida como a posição no ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica. Hamilton (2002) especifica-a através da subdivisão em: idade anatómica – estado geral da estrutura óssea, constituição corporal, etc. e idade carpal – relativa ao estado dos ossos do pulso e idade fisiológica – referente ao estado dos processos fisiológicos, tal como o ritmo metabólico.

Tendo em conta a idade cronológica, alguns gerontólogos dividem os idosos em três grupos distintos:

- idosos-jovens: os indivíduos entre os 60/65 e os 75 anos;
- idosos-idosos: os indivíduos entre os 76 e os 85 anos;
- muito idosos: os indivíduos que têm mais de 85 anos.

Outros, por seu lado subdividem em:

- Idoso Jovem: os indivíduos entre os 65 e os 74 anos;
- Idoso Médio: os indivíduos entre os 75 e os 84 anos;
- Idoso Idoso: os indivíduos com 85 e mais anos (*in* Imaginário, 2004).

O envelhecimento é um curso gradual, natural, universal, inexorável, estruturado ao longo do tempo. É um processo que resulta da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste sentido, Schroots e Birren (1980) citados *in* Paúl (1997) distinguem três categorias de envelhecimento:

- Biológico: resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, que se denomina senescência;
- Psicológico: define-se pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência;
- Social: relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

Por sua vez, Lidz (1983) citado por Santos (2000) caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, podendo no entanto, o idoso atingi-las simultaneamente ou pelo contrário, não chegar a atingi-las todas:

- Idoso: Nesta primeira fase não se verificam grandes alterações orgânicas. Verificam-se sim alterações no modo de vida provocado pela reforma. O indivíduo considera-se ainda capaz de satisfazer as suas necessidades;
- Senescência: Esta segunda fase ocorre quando o indivíduo começa a apresentar alterações de natureza física ou outra, que o conduzem a ter de confiar nos outros;
- Senilidade: Na medida em que o cérebro não exerce a sua função como órgão de adaptação, o indivíduo torna-se dependente, necessitando de cuidados completos.

Teoricamente torna-se fácil perceber a distinção entre estes dois últimos conceitos - Senescência e Senilidade - contudo a sua aplicação na prática, devido à sua mútua interacção reveste-se de dificuldade extrema. Birren e Zarit (1985) citado em Sequeira (2007) fazem a distinção entre estes dois conceitos: por senescência entende-se o conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento. Por senilidade entende-se o conjunto de modificações determinadas pelas afecções que as pessoas idosas apresentam.

Alguns autores designam senescência por envelhecimento primário (normal) caracterizado pelas mudanças corporais da idade. Segundo Spar e La Rue (2005) reflecte o limite intrínseco de longevidade celular, possivelmente pré-programado

geneticamente. A senilidade também denominada como envelhecimento secundário (patológico) caracteriza-se pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas não têm necessariamente que estar presentes. Ocorre devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças (Spar & La Rue, 2005). Neste sentido é proposto o envelhecimento terciário, ou “padrão de declínio terminal, caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais, ou seja, uma deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associadas à idade” (Birren e Schroots, 1996 citado por Figueiredo, 2007:33).

Existe contudo dificuldade em estabelecer o limite entre estes dois tipos de envelhecimento, apesar de aceite que o envelhecimento não implica necessariamente deterioração ou doença.

Segundo Busse e Blazer (1992) “Os processos múltiplos associados ao envelhecer podem separar-se em envelhecimento primário e envelhecimento secundário” (citado por Costa, 1998:48). O envelhecimento primário, também considerado “primeira causa”, é intrínseco ao organismo; o envelhecimento secundário diz respeito ao aparecimento de defeitos e incapacidades ocasionadas por factores extrínsecos.

Langlois (1992) caracteriza o envelhecimento por meio de quatro indicadores: universalidade, em que os indivíduos experimentam esse fenómeno; irreversibilidade, indicando que as mudanças produzidas não retrocedem; cumulatividade, referindo a soma das consequências do processo até atingir o efeito final; sequencialidade, pelo qual os factos actuais são consequências do que ocorreu no passado e causa do que virá no futuro (*in* Arruda, 2007).

Ao envelhecer, as pessoas confrontam-se com novos desafios e novas exigências. As limitações físicas são acrescidas àquelas que a sociedade coloca, como os preconceitos e os estereótipos, e o grande desafio é construir permanentemente o próprio caminho e desenvolver atitudes que as levem a superar as suas dificuldades, integrando limites e possibilidades de conquistar mais qualidade de vida (*in* Arruda, 2007).

1.1.1- Envelhecimento biológico

O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático

que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais. Quando este declínio é muito significativo, ocorre uma importante redução da reserva funcional, colocando o idoso mais vulnerável ao surgimento de doenças crónicas (Netto, 1999).

As mudanças no aspecto exterior, que se tornam visíveis pelo aparecimento de cabelos brancos, lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reacção e alterações emocionais e cognitivas, marcam o início da senescência (Sequeira, 2007). Contudo, as modificações fisiológicas e anatómicas surgem muito antes do aparecimento de sinais exteriores, por volta da segunda década de vida. Aproximadamente aos quarenta anos surgem então as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais, mais evidentes, que perpetuam até à morte (Netto & Ponte, 2000; Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Internamente surgem alterações do organismo, decorrentes de mudanças em alguns órgãos vitais, como por exemplo, o coração, pulmões, rins, fígado, ... e das alterações que ocorrem no metabolismo basal, quer seja a nível da circulação, respiração, tónus muscular e actividade glandular. De realçar que as alterações internas do organismo, associadas ao envelhecimento extrínseco, repercutem-se habitualmente numa diminuição da capacidade funcional.

Paúl e Fonseca (2005:28) defendem que “O envelhecimento manifesta-se pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, ou é inespecífico como uma falha de cooperação entre componentes biológicos, ou ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica”.

Ao longo do avanço cronológico, o corpo humano sofre desgastes que implicam mudanças fisiológicas, as quais, por sua vez, podem dificultar a adaptação do idoso à sua nova condição, levando-o a uma condição de dependência física.

Sendo assim, de acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995) as principais alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos, associadas ao envelhecimento, são:

- Sistema cardiovascular: as alterações funcionais a nível do sistema cardiovascular caracterizam-se por: degenerescência cálcica das válvulas, diminuição de 18% do volume de água, diminuição de 40% do débito cardíaco, aumento da tensão arterial em repouso, redistribuição do fluxo sanguíneo, sendo que o cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do

que o fígado e rins, perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes, aumento da resistência dos vasos periféricos. Todas estas alterações predispõem o idoso ao aparecimento de patologias diversas como hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipercolesterolémia, obesidade, as quais poderão conduzir a situações de dependência e perda de autonomia.

- Sistema respiratório: Perda de capacidade de expansão pulmonar, diminuição da capacidade respiratória, diminuição do consumo basal de oxigénio, possibilidade de enfisema e bronquite senil, atrofia e rigidez muscular, problemas de expectoração das secreções brônquicas são as principais alterações funcionais verificadas a nível do sistema respiratório.
- Sistema renal e urinário: A nível deste sistema verifica-se diminuição do número de nefrónios, diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular e do fluxo sanguíneo renal, possibilidade de incontinência e micções mais frequentes e menos abundantes.
- Sistema gastrointestinal: Modificação dos tecidos dentários, perda de dentes, cáries; lenta cicatrização da mucosa oral; atrofia das glândulas salivares; diminuição do sentido do paladar; atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos; diminuição da secreção de ácido clorídrico, da pepsina e do suco pancreático; diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e peristaltismo; perturbações da absorção; diminuição da secreção de enzimas hepáticas e da acção anti-tóxica do fígado; ligeira baixa da absorção intestinal; diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação.
- Sistema nervoso e sensorial: Diminuição do número de unidades funcionais no cérebro; perda de massa cerebral; baixo consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral; declínio gradual da condução nervosa e demora no tempo de reacção; diminuição da condução periférica e dos neurotransmissores; perda de eficácia dos proprioceptores; dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio; perda da motricidade fina; alteração do controlo do sistema autónomo; diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo; elevação do limiar da percepção do sabor e odores; diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e a temperatura; diminuição da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna; presbitia e presbiopia; redução da acuidade visual e da visão periférica; possibilidade de cataratas senis e/ou glaucoma.
- Sistema endócrino e metabólico: possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose; abrandamento da utilização periférica da tiroxina; alterações menores do

funcionamento cortico-supra-renal; baixa do metabolismo basal; diminuição da taxa do estrogénio.

- Sistema reprodutor: atrofia dos órgãos genitais internos e externos; modificação do ritmo da erecção e de ejaculação; modificação da libido no homem e na mulher; cessação da actividade reprodutora na mulher.
- Sistema imunitário: lentidão da resposta imunitária a um antigénio; imunodeficiência relativa.
- Ritmos biológicos e sono: modificação das fases do sono; períodos mais frequentes de sono ligeiro; diferente repartição das horas de sono.
- Sistema músculo-esquelético: há uma substituição gradual do tecido muscular por tecido adiposo e, por isso, o idoso tem menor quantidade de massa magra. Há ainda diminuição da água corporal e da massa óssea, entre outras, que acabam levando a pessoa idosa a tornar-se frágil e susceptível a alterações internas e externas, como doença, calor ou frio excessivos, além do uso de medicamentos (Antonelli, 2004 citado por Silva, 2007). A perda de tecido muscular, associado à inactividade e consequente diminuição da actividade muscular repercute-se numa menos eficiente coordenação sensório-motora. “A pele e os músculos ficam com menor elasticidade, há um declínio da massa e da força muscular, ao qual se associa uma lentificação do funcionamento dos sistemas corporais” (Sequeira, 2007:45).

A diminuição da acuidade visual e auditiva constituem um factor problemático na medida em que condiciona o contacto com o meio ambiente e actividades quotidianas e inclusive no estabelecimento de contacto entre doente-enfermeiro, doente-familiar, entre outras.

De facto, as transformações físicas constituem-se no aspecto que mais se destaca quando falamos de envelhecimento, pois há o surgimento das rugas, dos cabelos brancos, lentidão da marcha, perda da memória, entre outras. Neste sentido, citando Silva (2007), como negar o processo de envelhecimento quando o nosso corpo começa a impor-nos limites e o seu funcionamento já não é o mesmo de outrora? E, de repente, vemo-nos irremediavelmente velhos, sem saber como aconteceu e sem que nos tivéssemos preparado para tal.

1.1.2- Envelhecimento neuropsicológico

A velhice, enquanto processo fisiológico, psicológico e social, aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos. As alterações corporais que daí advém traduzem-se na mudança de atitudes e comportamentos e consequentemente alterações a nível psicológico.

“O envelhecimento psicológico depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que a pessoa se encontra inserida e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida (Sequeira, 2007:47).

A memória tem uma função primordial na construção da própria identidade social da pessoa, assumindo extrema importância no dia-a-dia dos indivíduos, na relação com os outros, na comunicação, orientação, entre outros.

Actualmente, é aceite na comunidade científica que a memória se modifica com a idade. Graves problemas de memória estão relacionados com determinadas doenças mais frequentes em idades avançadas (por exemplo, a doença de Alzheimer), mas as modificações a nível da memória constituem igualmente uma característica do processo normal de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

A memória episódica, ou seja, a memória para os acontecimentos da vida que se vão sucedendo no quotidiano (por exemplo, recordar onde se colocaram as chaves, etc.), é de facto a mais abalada pela passagem do tempo. Sendo assim “as pessoas idosas tendem a mostrar mais problemas com a memória episódica do que os jovens adultos” (Figueiredo, 2007:49).

A memória de curto prazo ou imediata mantém-se estável ou diminui muito pouco na terceira-idade. Contudo, A memória remota ou de longo prazo está bem mantida na terceira-idade (Spar & La Rue, 2005:17). Segundo os mesmos autores (p. 17-18) “Outro tipo de memória que se altera num grau mínimo ou moderado com a idade é a recordação implícita ou incidental. Factos ou traços incidentais (por exemplo, a cor do vestido de alguém) podem ser recordados com igual precisão por jovens e idosos, ao passo que os indivíduos idosos são mais inclinados a esquecer informação que tinham explicitamente esperado reter (por exemplo, o nome de uma pessoa)”.

A tendência que os idosos têm para mais vivamente recordar os acontecimentos que ocorreram quando tinham entre 10 e 30 anos de idade, denomina-se ponto alto das recordações ou «*reminiscence bump*» (Figueiredo, 2007). Esta tendência justifica-se pelo

facto de nesta faixa etária vivenciarem-se experiências mais marcantes e significativas na vida do indivíduo, ou seja, acontecimentos emotivos, como a entrada na universidade, o nascimento de um filho, entre outras, as quais mantêm-se intactas na memória.

A nível da comunicação verifica-se diminuição da capacidade auditiva, mantendo-se inalterável a capacidade de compreensão. Uma certa lentificação do discurso, com repetições do conteúdo e fuga ao conteúdo temático são observados ao nível da expressão, ou seja, para exprimir uma ideia, o idoso recorre à utilização de mais palavras, levando por isso mais tempo para fazê-lo. De acordo com Spar e La Rue (2005:16) “A aptidão para comunicar eficazmente por meio da linguagem mantém-se ao longo da vida adulta; contudo, a compreensão de mensagens longas ou complexas e a recuperação e produção rápidas de termos específicos ou nomes são, em média, mais difíceis nos adultos idosos do que em pessoas mais novas. O discurso dos indivíduos idosos é muitas vezes mais verboso e repetitivo do que o de adultos de meia-idade”.

Muitos investigadores têm-se questionado se o envelhecimento produz mudanças nos traços que constituem a personalidade. Ocorrerá mudança da personalidade da pessoa idosa ou a mesma mantém-se estável? De facto verifica-se uma tendência para a estabilidade com o passar dos anos. É provável também que “as características da personalidade variem consoante as diferentes gerações, na medida em que cada coorte se encontra num contexto particular de desafios e exigências nas sucessivas fases da sua vida, bem como através de análises da personalidade, utilizando construtos mais dinâmicos” (Figueiredo, 2007:53).

Claramente envelhecer não é uma “realidade agradável para ninguém” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), contudo é um fenómeno perfeitamente natural, não disruptivo e, por este motivo, é encarado pelo Homem com certa expectativa e apreensão.

Segundo Fry (1989) “O envelhecimento é visto como uma trajectória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento da vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico” (citado por Paúl, 1997:25).

Berger e Mailloux-Poirier (1995:119) defendem que “«envelhecer bem, tanto do ponto de vista físico, como mental, é sentir-se bem na sua pele, autoestimar-se e saber aceitar-se tal como se é”. “É aceitar a velhice como um bem. Para atingir a sabedoria e a serenidade e para inventar uma nova maneira de viver, é preciso ter sido capaz de se

adaptar, ao longo de toda a vida. Na medida em que se soube viver, também se deve saber e ser capaz de envelhecer” (p. 165).

Sendo assim, os idosos que gozem a velhice na sua plenitude e a desfrutem como um fenómeno natural, atribuem maior sentido à vida, sendo mais felizes e envolvendo-se mais no seu meio e na sociedade.

1.1.3- Envelhecimento social

Ao processo de envelhecimento estão inerentes adaptações a alterações na vida quotidiana. Estas mudanças podem traduzir-se pela perda da saúde que se possuía quando mais jovem, pela morte de entes queridos e a entrada na reforma. Estas são mudanças características desta fase do ciclo de vida.

Lado a lado com as transformações físicas e psicológicas, associam-se as transformações a nível dos papéis sociais, exigindo também estas, capacidades de ajustamento e adaptação à nova situação de vida.

De acordo com Figueiredo (2007:54) “(...) a velhice é um período onde ocorrem algumas modificações, habitualmente representadas pela literatura gerontológica como *perdas*”. Estas perdas ocorrem quer a nível profissional, com a entrada na reforma, quer a nível familiar e comunitário.

No que respeita à perda do papel profissional, este ocorre no momento da reforma e assinala a perda de determinados papéis sociais activos e apresenta-se como um marco de entrada na velhice. A sociedade actual impõe os 65 anos como o início da reforma e fim de uma vida activa e útil, independentemente da pessoa sentir-se ou mostrar-se ainda capaz para exercer a sua profissão.

De acordo com Paúl e Fonseca (2005:47), “(...) o momento da «passagem à reforma» e o processo de transição-adaptação que lhe está inerente poderão constituir ocasiões particularmente sensíveis ao aparecimento de alterações no funcionamento dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do respectivo bem-estar psicológico e social. Para a maioria das pessoas, a «passagem à reforma» não assinala apenas o fim da actividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser, ao mesmo tempo, um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer

novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objectivos, de amigos, ...)”.

Neste sentido, inerente à reforma estão a perda de determinados papéis sociais: perda da importância e poder social, bem como diminuição dos rendimentos económicos, restrição dos contactos sociais, maior quantidade de tempos livres, o que poderá ter consequências ao nível da saúde mental e física.

“A actividade profissional, mais do que uma fonte de rendimento, é uma forma de integração social e o indivíduo que entra na reforma vê o seu lugar na sociedade mudar, sente-se deslocado, em muitos casos não sabe onde empregar o seu tempo e energia, e muitas vezes os seus ganhos são reduzidos” (Pimentel, 2001:46).

Na sociedade actual, em que é dada primazia à beleza e à juventude, os idosos “vêm-se desfavorecidos relativamente aos seus valores, dignidade e afectividade. O sentimento de importância, utilidade e auto-estima, são muitas vezes retirados quando o indivíduo se reforma, independentemente da sua vontade. Chegada esta fase, não é raro a sociedade prescindir deste grupo de indivíduos, independentemente da sua aparência e competência para o trabalho” (Fernandes & Lopes, 2002:25). Neste sentido, o fim da actividade laboral com a interrupção de um ritmo e actividade desenvolvida durante anos poderá ser considerado/encarado pela pessoa idosa como marginalizante, pela inactividade e isolamento.

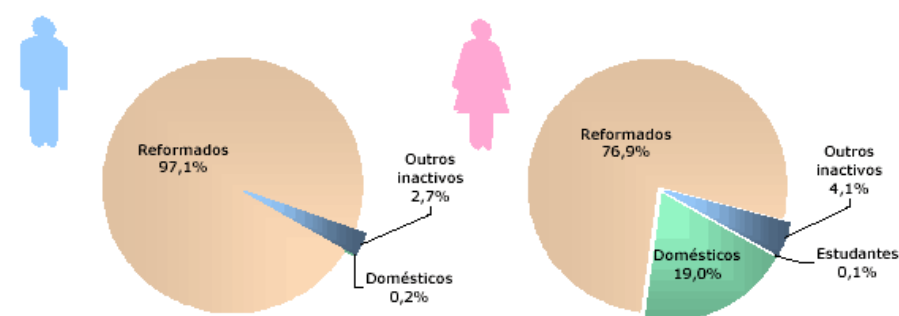
Após a reforma o indivíduo apresenta, por vezes, dificuldade em reorganizar o dia-a-dia, o tempo livre, a ausência de horários e de responsabilidades laborais (Pimentel, 2005:46).

Reportando-nos aos resultados do Inquérito ao Emprego de 2001¹, constatamos que 81% da população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos encontrava-se reformada (dos quais 74% são homens e 86% mulheres), ou seja, deixaram de exercer uma actividade remunerada, recebendo agora uma pensão de reforma paga pelo Estado e/ou por outras entidades.

¹ PORTUGAL. INE. Actualidades do INE. *O envelhecimento em Portugal, Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Recuperado em 25 de Outubro de 2007, de: <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.htm>

Figura 1 - Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001.

Inquérito ao emprego²



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego

Como é visível, os reformados constituem a parte mais importante desta população: 97,1% nos homens e 76,9% nas mulheres. É entre a categoria de domésticos que a diferença entre os sexos é mais visível (19,0% entre os efectivos do sexo feminino e 0,2% entre os do sexo masculino).

Em termos globais, as mulheres idosas trabalham menos horas que os homens com as mesmas idades. Segundo a mesma fonte, mais de 50% das mulheres trabalha menos de 25 horas semanais, enquanto os homens registam a maior proporção entre as 36-40 horas semanais, com valores muito próximos aos verificados entre as 16-25 horas.

A somar ao abandono da actividade profissional, a saída dos filhos de casa e a readaptação da vida conjugal, constituem-se como factores geradores de stress. Desta situação pode advir o sentimento de inutilidade, fracasso, solidão, incapacidade.

Subjacente à saída dos filhos de casa, advém o cuidar dos netos, a ajuda económica e doméstica. Contudo esta nova fase do ciclo de vida familiar nem sempre representa uma experiência penosa, sendo que muitos a consideram como um alívio, como um dever cumprido, mais tempo disponível. O nascimento dos netos constitui-se como uma experiência gratificante, representa a continuidade da geração e o poder desempenhar outro tipo de papel.

² CARRILHO, Maria José & GONÇALVES, Cristina. (2004). *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 1991 e 2001*. Revista de estudos demográficos n.º 36; p. 175-191. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística: Recuperado em 20 Janeiro 2008, de: <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>;

A nível conjugal, verifica-se o retorno à fase de lua-de-mel, pois, na generalidade das famílias, o casal volta a encontrar-se novamente sozinho. Nesta fase verifica-se uma maior dependência e proximidade entre os membros do casal. Quando ocorre uma situação de doença ou morte de um dos cônjuges instala-se uma situação de crise, que se manifesta por sentimentos de revolta, negação, alívio, culpa e obriga à reestruturação da dinâmica familiar.

Segundo Imaginário (2004:41) “O idoso rejeitado pela sociedade, no momento da aposentação sofre de insegurança, envolve-se de medos e com pressentimentos mórbidos, acabando por adquirir um comportamento narcísico de isolamento, padecendo de solidão e acabando por se deprimir. Por outro lado, sente que perdeu o trabalho, o dinheiro, o prestígio social, os familiares e os amigos”. Conquanto, regra geral, a perda de determinados papéis sociais seja comumente sentida pelos idosos como algo negativo, que conduz inevitavelmente a estados de tristeza e de insatisfação com a vida, culminando por vezes em depressão e morte; esta pode também ser vivida como um desenrolar de perdas naturais, inerentes ao processo de envelhecimento.

A velhice é vista por muitos jovens e idosos rodeada de alguns mitos e estereótipos, como, o mito da juventude, a negação do envelhecimento, a infantilização da velhice associada à dependência, a ligação da velhice ao conservadorismo, pelo maior apego a tradições e rituais culturais, resultando na sua adjectivação como antiquados; a identificação da velhice como uma categoria sem diferenciação, na qual os velhos são considerados todos iguais (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Cabete (2005:145) corrobora Sousa *et al* (2004), ao referir que “As crenças, atitudes e comportamentos manifestados na relação com o idoso estão frequentemente impregnados de estereótipos que condicionam toda a relação terapêutica: os idosos são tidos como doentes, dementes, incapazes de tomarem decisões por si mesmos. É evidente que esta visão vai traduzir-se em comportamentos e atitudes paternalistas ou proteccionistas, de pouco investimento terapêutico e de pouco investimento na reabilitação. Tomam-se as decisões pelos idosos, o que aumenta uma passividade que pode já estar, ou não, presente”.

Contudo, envelhecer não deverá ser sinónimo de vazio, solidão, inactividade, estereótipo; porque se o Homem atinge tal idade é porque percorreu um caminho trilhado por dificuldades, experiências e possui saberes preciosos a serem transmitidos às próximas gerações.

1.2- ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

O envelhecimento demográfico, considerado o fenómeno mais relevante do século XXI, foi durante muitos anos encarado como uma característica apenas das sociedades desenvolvidas. Contudo, com base em dados demográficos, constata-se que nenhuma sociedade está imune a esta problemática.

Em 1982, na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada na cidade de Viena, foi lançado um alerta sobre a problemática do envelhecimento demográfico. Segundo os seus intervenientes, o aumento do efectivo de pessoas idosas é um fenómeno que toma dimensões de âmbito mundial.

Nazareth (1994) define envelhecimento demográfico enquanto uma simples constatação quantitativa, em que o equilíbrio entre as diferentes idades e gerações está a modificar-se, ou seja, o ritmo de crescimento das pessoas idosas está a aumentar, enquanto a população tem tendência a estabilizar os ritmos de crescimento e até a diminuir. Fernandes (1997:5) aborda-o enquanto “fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos Países industrializados”.

De acordo com Valente (1993) o “crescente relevo estatístico na faixa etária da população com 65 e mais anos resultante do processo de envelhecimento demográfico, sem precedentes históricos, apresenta-se como uma característica marcante deste final de século e uma herança para o século XXI” (citado em Fernandes, 2000:43).

Calcula-se que em 2010 as pessoas com mais de 65 anos ultrapassem, em termos estatísticos, os jovens. Os avanços da medicina permitiram que, em poucos anos, a esperança de vida quase duplicasse. A idade média nos homens passou de 47 para 71 anos e nas mulheres de 51 para 78 anos. Caminhamos para uma sociedade que ameaça ficar povoada por uma população maioritariamente inactiva, mais consumidora do que produtora. O actual envelhecimento exige uma nova organização, um outro olhar a nível social na integração dos mais velhos na família e, até, no seu processo produtivo (Fernandes, 1997).

O envelhecimento demográfico, bem como as suas causas, têm sido um tema amplamente estudado por demógrafos e observadores sociais. “O declínio da mortalidade, a partir de finais do século passado, começou por promover um rejuvenescimento, uma vez que afectou todas as classes etárias, particularmente os

grupos mais jovens e, desta forma, favoreceu também, indirectamente, a natalidade. Mas a baixa da mortalidade, especialmente a mortalidade infantil, acabou por contribuir, mais cedo ou mais tarde, para a descida da fecundidade e promover, de modo inelutável, a redução do número dos mais jovens e o aumento das pessoas idosas” (Fernandes, 1997:5). De igual forma, a melhoria da saúde pública, incluindo a educação e a promoção para a saúde, a melhoria das condições sociais, da nutrição e, mais recentemente, os avanços da medicina preventiva e curativa têm contribuído para a redução da taxa de mortalidade. Paralelamente à diminuição da mortalidade, verifica-se o declínio da fecundidade.

Pensamos contudo, que o fenómeno do envelhecimento demográfico não é um processo exclusivamente natural, com base na dinâmica das inter-relações entre a mortalidade e a natalidade: os movimentos migratórios, num país tradicionalmente exportador de mão-de-obra, em que as pessoas tendem a imigrar em busca de melhores condições de vida, contribui em larga escala para a tendência natural do aumento da população idosa. Pois, como refere Carrilho e Gonçalves (2004), durante muito tempo considerou-se que a causa do envelhecimento residia exclusivamente na baixa da mortalidade. No entanto, reconhece-se hoje que o declínio da fecundidade e os fluxos migratórios, internos e externos, têm um papel mais preponderante no processo do envelhecimento. A primeira, com efeitos directos na dimensão dos efectivos mais jovens, os segundos, com consequência directa e imediata na estrutura etária da população, sobretudo em idade activa, e indirecta, pelas transferências de nascimentos que originam.

Segundo Fernandes (1997:31) “O envelhecimento demográfico não consiste apenas no aumento relativo das pessoas que atingiram os 60 ou 65 anos. Em demografia, uma população envelhece sempre que se regista uma redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens”. Desta forma, consideram-se dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. De acordo com Fernandes (1997) e Nazareth (1994) o envelhecimento na base ocorre quando se verifica diminuição relativa de jovens na base da pirâmide de idades. O envelhecimento no topo ocorre quando se verifica um aumento relativo de idosos no topo da pirâmide de idades.

Contudo, em qualquer sociedade na 2.^a ou 3.^a fase da transição demográfica, é comum verificar-se um processo simultâneo de duplo envelhecimento, na base e no topo. “Pela redução do nível da mortalidade aumenta a esperança de vida e, desta forma, aumentam os efectivos no topo da pirâmide; pela redução da natalidade, diminui o

número dos nascimentos e, por isso, diminuem os efectivos da base” (Fernandes, 1997:31).

De salientar que uma das características mais visíveis do envelhecimento demográfico é mostrar-se diferente segundo o sexo. A esperança de vida entre as mulheres é, então, mais alta do que a dos homens, em todas as idades, e, apesar de ambas estarem a aumentar, a diferença entre as duas tem tendência a manter-se ou mesmo a alargar-se (Fernandes, 1997).

De acordo com Natário (1992), o aumento crescente do número de idosos e, sobretudo, de muito idosos é hoje uma realidade universal. Portugal, apesar de se encontrar numa situação intermédia, no contexto de outros países europeus, tem experimentado, ao longo dos anos grandes mudanças na sua estrutura populacional.

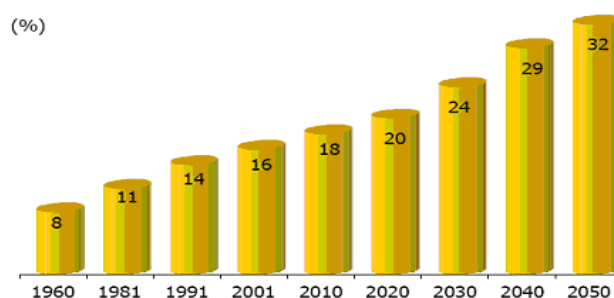
As alterações demográficas em Portugal, pautadas pela redução da natalidade e aumento da esperança média de vida, repercutem-se actualmente na existência de uma população cada vez mais idosa com conseqüente acréscimo de patologias associadas ao envelhecimento, dependência das pessoas idosas e maior procura e de cuidados de saúde.

O envelhecimento da população é universal; não é um fenómeno exclusivamente de Portugal mas ocorre em todo o mundo. Para além de ser um fenómeno colectivo (comum a todos os Homens) é igualmente fenómeno individualizado, na medida em que decorre desde o momento em que nascemos e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

De acordo com Carrilho e Gonçalves (2004) e Oliveira (2008), em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos: em 1960 eram só 8%; 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Por volta de 2020 os idosos poderão atingir 20% da população (enquanto os jovens andarão pelos 16%) e em 2050 serão cerca de 32% do total da população. Prevê-se assim que entre 2010 e 2015 a população de idosos portugueses ultrapasse a dos jovens (com menos de 15 anos), o que se mostra seriamente preocupante.

Estas alterações na estrutura demográfica portuguesa estão bem patentes no gráfico abaixo.

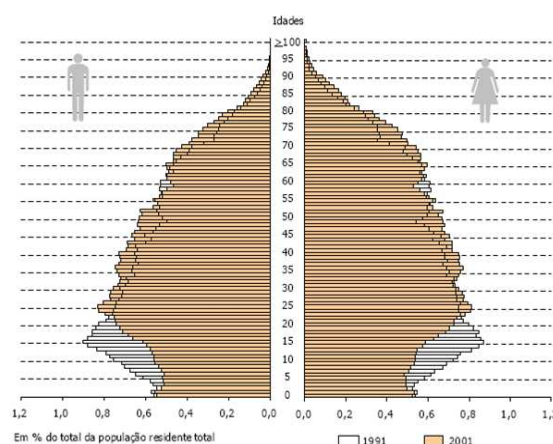
Figura 2 - Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050³



Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres. Ou seja, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir, ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Figura 3 - Pirâmide etária, Portugal, 1991 e 2001



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1991 e 2001

³ Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1960 a 2001 e Projecções de População Residente, 2000-2050

A pirâmide mostra o quanto a população portuguesa envelheceu na última década. As pirâmides de 1991 e 2001 estão justapostas: 2001 a laranja e 1991 a cinzento.

Da sua análise podemos tecer algumas considerações:

- Nota-se um claro estreitamento da pirâmide de 2001 nas classes etárias dos mais novos e um alargamento no topo, ou seja, nas classes etárias dos mais idosos. Isto significa também que, nesta década, a natalidade diminuiu e a esperança de vida aumentou.
- A análise da pirâmide indicia uma estrutura etária portuguesa envelhecida, assente numa ligeira subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo. Nesta linha de pensamento, na actualidade já se alude à denominada “4.^a idade, uma vez que a própria fatia da população idosa, além de ser cada vez maior em número, atinge idades cada vez mais elevadas. Espera-se que, em meados do século XXI, se registre uma sobreposição do número de idosos ao de jovens, repercutindo-se na estrutura social e familiar” (Sousa *et al*, 2004:150).
- “Na população portuguesa, o envelhecimento demográfico no topo, ou o aumento das proporções de idosos, é menos acentuado do que na base, onde as proporções de jovens têm diminuído a um ritmo acelerado nos últimos anos. Estas reduções nas proporções dos jovens processam-se, também, de forma não homogénea no espaço do que as que se registam no topo da pirâmide. Em alguns concelhos do interior sul, inverteu-se já a estrutura demográfica natural; há mais idosos do que jovens, situação que tende a agudizar-se com o tempo” (Fernandes, 1997:163).

Entre 1991 e 2001, a proporção de jovens diminuiu de 20% para 16%, enquanto a de idosos subiu de 13,6% para 16,4%. Assim, segundo os resultados da última operação censitária, a proporção de idosos suplantou a de jovens.

Como resultado desta evolução, o índice de envelhecimento, que relaciona a população com 65 ou mais anos com a de jovens (com menos de quinze anos) aumentou de 68 idosos por cada 100 jovens em 1991, para 102 em 2001, ou seja, quase mais 40 idosos.

Em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina, a idade média dos homens é inferior à das mulheres: em 1991 o sexo masculino registava uma idade

média de 35,5 anos, passando para 38,1 em 2001 e nas mulheres aumentou de 38,2 para 40,9 anos.

Também na esperança média de vida à nascença a diferença entre os sexos é bem evidente. Em 2001/02, as mulheres podiam esperar viver mais do que 80 anos enquanto os homens não mais do que 74 anos. O aumento da longevidade no período intercensitário foi mais favorável aos homens, com um acréscimo de cerca de 2,9 anos (contra 2,6 anos para as mulheres). De acordo com o cenário mais plausível das projecções demográficas, em 2050, as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos. O número de mulheres excede o dos homens em praticamente todos os municípios, diferença que se reforça à medida que a idade avança. Em 2001, a relação de masculinidade dos idosos em Portugal era de 72 homens por cada 100 mulheres e nas pessoas com 85 ou mais anos descia para 46. O excedente de mulheres tenderá a atenuar-se até ao ano 2050, como resultado da aproximação da longevidade em ambos os sexos.

No contexto açoreano, o envelhecimento é também uma realidade inquietante, avolumando-se cada vez mais rápido, principalmente nas ilhas com menor peso demográfico, as quais tem vindo a perder população. Neste sentido, nos Açores, à semelhança do restante território nacional, o envelhecimento da população, começa a ser uma realidade que merece reflexão.

O arquipélago dos Açores é constituído por nove ilhas cujas áreas variam desde 17 Km² (Corvo) até 747 Km² (S. Miguel). O arquipélago estende-se numa área aproximada de 2.333 Km² formando três grupos de ilhas: o grupo Oriental que compreende Santa Maria e S. Miguel; o grupo Central que compreende a Terceira, Graciosa, S. Jorge, Pico e Faial e o grupo Ocidental que compreende Flores e Corvo.

Figura 4 – Arquipélago dos Açores⁴



⁴ Disponível em: http://utilizadores.leirianet.pt/%7Ecsba4/index_files/Mapa_acores.gif

A população da Região Autónoma dos Açores de acordo com os censos de 2001 do Serviço Regional de Estatística dos Açores [SREA] era superior a 240.000 habitantes. Segundo dados de 2006, a população residente nos Açores era de 243 016 habitantes, nomeadamente: Ilha de Santa Maria: 5 549; Ilha de S. Miguel: 132 671; Ilha Terceira: 55 697; Ilha Graciosa: 4 838; Ilha de S. Jorge: 9 504; Ilha do Pico: 14 800; Ilha do Faial: 15 424; Ilha das Flores: 4059; Ilha do Corvo: 468⁵.

Tendo em conta dados do INE, dos Censos de 1991, que constam da tabela abaixo, verifica-se que na Região Autónoma dos Açores existiam 29 675 pessoas cuja idade era igual ou superior a 65 anos representando **12,5%** do total da população. No País, este grupo etário representava **13,6%**.

Tabela 1 - Pessoas com idade > 65 anos R.A.A.

Açores	Idade (anos) – sexo				
	65-69	70-74	75-79	80-84	+ 85
Santa Maria	239	180	128	76	39
S. Miguel	4934	3539	2519	1422	643
Terceira	2368	2084	1460	894	411
Graciosa	339	271	215	149	73
S. Jorge	458	396	309	246	146
Pico	845	747	624	428	211
Faial	682	674	505	320	202
Flores	228	207	198	117	53
Corvo	31	23	24	10	8
Total	10 124	8121	5982	3662	1786

29675

Fonte: INE, Censos 1991

Em valores absolutos, 10 124 habitantes tinham idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos; 8121 com idades compreendidas entre os 70 e os 74 anos; 5982 com idades compreendidas entre os 75 e 79 e 3662 entre os 80 e 84. No total dos indivíduos com 65 e mais anos, estão incluídos 1784 idosos ou muito idosos que têm 85 e mais anos. Este grupo dos muito idosos correspondia a 1,3% de toda a população idosa desta Região. De realçar que em 1991 verificava-se maior número de pessoas idosas na faixa compreendida entre os 65 e os 79 anos.

Pelas estimativas da população do INE, verificamos que a população da R.A.A., com 65 e mais anos, desde o ano de 1991 até 1997 revelou algumas oscilações que se traduziam, no entanto, por uma diminuição gradual do seu número. Esta variação é

⁵ Dados consultados a 30 Junho de 2008, disponíveis em:
<http://estatistica.azores.gov.pt:81/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fEstimativas+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente&rs:Command=Render>

inversa à que se constata a nível do país onde a população idosa tem aumentado regularmente. Entre 1991 e 1997 observa-se que a percentagem dos idosos com 65 e mais anos, relativamente ao universo da população desta Região, desceu de 12,5% para 12,0%. No que concerne ao total da população do país, constatou-se uma subida de 13,8% para 15,1%, como nos mostra a tabela seguinte.

Tabela 2 - Estimativas da população com > 65 anos (1991-1997)

Ano	R. A. Açores		País	
	n.º	%	n.º	%
1991	29 580	12,5	1 364 940	13,8
1992	29 630	12,4 1	384 590	14,0
1993	29 360	12,3 1	406 490	14,2
1994	29 260	12,2 1	431 090	14,4
1995	29 440	12,2 1	456 550	14,7
1996	29 370	12,1 1	477 540	14,9
1997	29 320	12,0 1	500 810	15,1

Fonte: INE, Estimativas da população residente

Por sua vez, os dados dos Censos de 2001 demonstram que, na população da Região Autónoma dos Açores existiam 31 319 pessoas cuja idade era igual ou superior a 65 anos, número superior ao verificado nos censos de 1991. Ou seja, verificou-se um aumento entre 1991 e 2001 de 1644 habitantes. Da população idosa, 31,4% apresentavam idades compreendidas entre os 65 e 69 anos; 26,6% com idades compreendidas entre os 70 e 74 anos; 21,1% entre os 75 e 79 anos; 12,4% entre os 80 e 84 e 8,5% muito idosos.

De realçar que a maior percentagem de pessoas idosas encontra-se na faixa compreendida entre os 65 e os 69 anos (31,4%), seguida das faixas entre os 70-74 (26,6%), 75-79 (21,1%); 80-84 (12,4%) e mais de 85 anos (8,5%).

A população mais envelhecida, é a população da ilha de S. Miguel com 45,7%, seguida da ilha Terceira (24,6%) e ilha do Pico (9%). A ilha com menor número de pessoas idosas é a ilha do Corvo, a mais pequena do arquipélago, com 0,3%, seguida da ilha de S. Jorge e Santa Maria com 2,2% cada. Estes dados podem ser observados na tabela abaixo retratada.

Tabela 3 - Pessoas com idade > 65 anos - Censos 2001

Idade Açores	65-69	70-74	75-79	80-84	+ 85	Total	
						n.º	%
Santa Maria	253	178	141	79	50	701	2,2
S. Miguel	4662	3743	3151	1646	1117	14 319	45,7
Terceira	2356	2109	1546	1007	677	7 695	24,6
Graciosa	320	277	211	124	82	1 014	3,2
S. Jorge	554	485	304	199	158	700	2,2
Pico	871	728	572	388	280	2839	9
Faial	609	592	484	334	236	2255	7,2
Flores	189	191	165	104	66	715	2,3
Corvo	17	21	19	18	6	81	0,3
Total	n.º	9 831	8324	6593	3899	2672	31 319
	%	31,4%	26,6%	21,1%	12,4%	8,5%	

Fonte: INE, Censos/2001

Relativamente ao índice de envelhecimento⁶, observou-se um aumento significativo do mesmo de 1991 a 1997. Na Região Autónoma dos Açores os valores variaram entre 48,0 em 1991, 49,7 em 1994 e 51,9 em 1997. A nível do país verificou-se também ao longo destes sete anos (1991-1997) um aumento significativo do índice de envelhecimento, o qual variou entre 71,4 em 1991, 80,2 em 1994 e 88,5 em 1997⁷.

De acordo com dados do INE de 2007, relativamente ao índice de envelhecimento por local de residência observa-se que o de Portugal corresponde a 113,6; Portugal Continental 116,2; R.A.A. 65,1 e Região autónoma da Madeira 73,2.

A tabela abaixo apresenta o índice de envelhecimento por sexo na R.A.A., nos anos 1991 e 2007. Podemos verificar, segundo dados do SREA⁸, que o índice de envelhecimento, em 1991 e 2007 é sempre superior no sexo feminino em todas as ilhas. A ilha do Corvo, o concelho de Lajes do Pico e a ilha Graciosa foram as que apresentaram maior índice de envelhecimento quer no sexo masculino, quer no sexo feminino.

O índice de envelhecimento em 2007 sofreu um aumento substancial, permanecendo contudo, em patamares inquietantes, a ilha do Corvo, o concelho de Lajes do Pico e Lajes das Flores. O elevado índice de envelhecimento nestas ilhas poderá justificar-se, tendo em conta a saída dos mais jovens para outras ilhas, com o intuito de

⁶ Índice de envelhecimento significa a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas dos 0 aos 14 anos).

⁷ Fonte: INE, Estimativas da população residente

⁸ Disponível em www.srea.pt. Consultado em Janeiro 2008.

prossequirem estudos, procura de novas oportunidades de trabalho nas ilhas maiores ou até mesmo imigração.

Tabela 4 - Índice de envelhecimento

Índice de Envelhecimento	Ilhas		1991		2007	
			Sexo		Sexo	
			H	M	H	M
Açores	Ilha de Santa Maria	Vila do Porto	34,3	52,0	53,9	84,6
	Ilha de São Miguel	Lagoa	24,0	33,5	35,2	49,3
		Nordeste	64,1	89,8	73,8	124,5
		Ponta Delgada	29,1	45,6	36,7	63,8
		Povoação	46,8	65,9	59,1	91,1
		Ribeira Grande	24,0	35,7	26,1	43,4
		Vila Franca do Campo	29,9	45,8	40,4	62,1
	Ilha Terceira	Angra do Heroísmo	46,3	67,6	62,1	97,5
		Vila da Praia da Vitória	43,7	65,5	60,1	87,1
	Ilha da Graciosa	Santa Cruz da Graciosa	84,3	122,0	107,4	170,4
	Ilha de São Jorge	Calheta	59,6	63,9	109,9	145,1
		Velas	57,2	81,3	92,5	133,7
	Ilha do Pico	Lajes do Pico	99,4	110,8	130,2	176,6
		Madalena	77,4	104,5	118,2	153,5
		São Roque do Pico	79,3	105,8	115,3	165,8
	Ilha do Faial	Horta	59,5	81,7	65,7	108,8
	Ilha das Flores	Lajes das Flores	80,1	127,3	101,7	187,0
		Santa Cruz das Flores	71,2	84,1	103,3	121,9
	Ilha do Corvo	Corvo	105,3	211,5	180,0	210,0
			1115,5	1594,3	1571,6	2276,2

Fonte: <http://estatistica.azores.gov.pt:81/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fIndice+de+Envelhecimento&rs:Command=Render>

Da tabela acima retratada, observamos que, na Região Autónoma dos Açores em 1991, a ilha do Corvo, a mais pequena ilha dos Açores, com cerca de 468 habitantes, apresenta o maior índice de envelhecimento com 316,8 indivíduos, 105,3 do sexo masculino e 211,5 do sexo feminino. Segue-se o concelho das Lajes do Pico com 210 idosos envelhecidos, o concelho da Lajes das Flores com 207,4, Santa Cruz da Graciosa com 206,3, S. Roque do Pico com 185,1 e Madalena do Pico com 181,9. Os Concelhos com menor índice de envelhecimento são Ribeira Grande na ilha de S. Miguel, com 59,7, seguida do concelho da Lagoa, na ilha de S. Miguel com 57,5.

É relevante que em todas as ilhas dos Açores, o índice de envelhecimento é maior no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Os dados estatísticos de 2007 revelam que o Corvo mantém-se a ilha com maior índice de envelhecimento e o concelho de Ribeira Grande com o menor índice de envelhecimento.

Reportando-nos à tabela abaixo, que faz referência ao índice de dependência⁹ dos idosos nos Açores, verificamos que, é a ilha de S. Miguel a que apresenta maior

⁹ Índice de dependência de idosos: Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 15-64 anos).

índice de dependência com 205,9; seguida da ilha do Pico com 173,5; ilha das Flores com 105,8; ilha de S. Jorge com 104,2 e ilha Terceira com 78,5. As ilhas com menor índice de dependência são: ilha de Santa Maria com 35,8; ilha do Faial com 41,9; ilha do Corvo com 51; ilha Graciosa com 62. De salientar que o concelho de Santa Cruz da Graciosa é o que possui maior índice de dependência com 62; seguida do concelho de Lajes do Pico com 60,8 e concelho de Lajes das Flores com 56,5. As cidades da Ribeira Grande, Lagoa e Ponta Delgada são as que apresentam menor índice de dependência.

Tabela 5 - Índice de dependência dos idosos (2006)

Índice de dependência total	Anos 2006		Sexo	
			H	M
Açores	Ilha de Santa Maria	Vila do Porto	14,1	21,7
	Ilha de São Miguel	Lagoa	11,0	15,7
		Nordeste	20,1	32,5
		Ponta Delgada	11,0	18,0
		Povoação	16,2	24,3
		Ribeira Grande	10,0	15,9
		Vila Franca do Campo	12,0	19,3
	Ilha Terceira	Angra do Heroísmo	16,0	24,9
	Ilha da Graciosa	Vila da Praia da Vitória	15,6	22,0
		Santa Cruz da Graciosa	25,6	36,4
	Ilha de São Jorge	Calheta	25,7	28,4
		Velas	21,0	29,1
	Ilha do Pico	Lajes do Pico	25,5	35,3
		Madalena	23,3	34,4
		São Roque do Pico	21,9	33,1
	Ilha do Faial	Horta	16,2	25,7
	Ilha das Flores	Lajes das Flores	21,3	35,2
		Santa Cruz das Flores	21,4	27,9
	Ilha do Corvo	Corvo	22,4	28,6

Fonte: <http://estatistica.azores.gov.pt:81/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fIndice+de+Dependencia+dos+Idosos&rs:Command=Render>

2 – O IDOSO E A DEPENDÊNCIA

“A maioria das pessoas idosas encontra-se funcional e não apresenta limitações a nível da realização das actividades de vida diárias”¹⁰ (Figueiredo, 2007:61), contudo existe uma estreita relação entre dependência e idade, pois a percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos.

Desde a antiguidade, a velhice tem sido associada à dependência e à perda de controlo sobre a própria vida (Paschoal, 2000), todavia, vários autores sublinham que esta concepção é um estereótipo considerando que, a dependência não é um atributo da velhice, ela “percorre toda a estrutura de idades da população, podendo ocorrer em qualquer momento da vida: pode estar presente desde o nascimento; desencadear-se como consequência de uma doença aguda ou acidente na infância, juventude ou idade adulta; ou, mais frequentemente, ir aparecendo à medida que as pessoas envelhecem (...)” (Figueiredo, 2007:66).

Na realidade, embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a verdade é que a tendência para o envelhecimento da população acarreta, frequentemente, um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde.

Algumas pessoas mostram declínio no seu estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Na verdade, qualquer declínio precoce reflecte patologia e não os efeitos da idade, ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida (Sousa *et al*, 2004).

Berger e Mailloux-Poirier (1995), afirmam que as pessoas muito idosas não são, conforme muitos pensam, frágeis e dependentes. Também Cabete (2005) no seu estudo *O idoso, a doença e o hospital*, conclui que, os mais idosos não estão mais dependentes e que, o impacto ao nível da dependência nas actividades de vida diária não aumenta

¹⁰ As Actividades de Vida Diária (AVD) subdividem-se, segundo Figueiredo (2007) em: Actividades básicas da vida diária, que incluem cuidados como a higiene pessoal, vestir, alimentar-se, mobilidade; Actividades instrumentais da vida diária, indicativas da capacidade para levar uma vida independente no seio da comunidade, como realizar as tarefas domésticas, fazer as compras, utilizar os meios de transporte, administrar os medicamentos, gerir os rendimentos e Actividades avançadas da vida diária, caracterizada por acções mais complexas e, em grande parte, ligadas à automotivação, como o trabalho, actividades de lazer, exercício físico e contactos sociais.

com a idade, contrariamente à ideia generalizada de que os mais idosos são mais dependentes, mais vulneráveis. Da mesma forma,

O envelhecimento da população, a par com as transformações epidemiológicas, assinaladas pelo aumento de doenças crónico-degenerativas, resulta num aumento da prevalência de indivíduos com incapacidades passíveis de conduzir a uma situação de dependência. Como afirma Paschoal (2000:315), “O número de pessoas idosas dependentes nas actividades de vida diária (...) dobrará... na segunda ou terceira década do século XXI”.

Com a elevação da dependência no idoso, consequência dos factores referidos no início do trabalho, surge frequentemente, a impossibilidade de realizar de forma independente algumas actividades do quotidiano, devido à dependência originada por uma ou várias doenças crónicas, ou devido a uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência (Figueiredo, 2007). Entenda-se senescência como “um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo (...) fenómeno normal, universal, intimamente ligado ao processo de diferenciação e de crescimento” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995:125).

De realçar que entre 70% a 86% dos idosos têm, pelo menos, um problema crónico: 37,2% dos idosos têm artrite ou reumatismo, 27,7% têm problemas de hipertensão, 23,3% perturbações mentais, 21,9% problemas cardíacos; 56% da mortalidade está associada a perturbações do aparelho circulatório e 23% a tumores (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Devido à doença, passamos a depender dos outros para compensar as nossas insuficiências físicas. Essa dependência é expressa no mundo social do utente e inclui precisar de ajuda para executar actividades de vida diária ou, pelo menos, substituir as actividades que o corpo não pode exercer sozinho (Agich, 2008).

Esta situação de dependência, que a própria doença acarreta, “(...) é uma experiência humana cada vez mais frequente em qualquer etapa da vida. As alterações abruptas que a situação provoca geram sentimentos de desarmonia intensas ao nível físico, mental e espiritual, pois toda a vida se altera” (Lopes, 1995:49). Actividades como: comer, beber, dormir, trabalhar, vestir-se, relacionar-se e tantos outros actos inerentes à vida, que até então se faziam automaticamente e com grande facilidade, ficam alterados.

Citando Coelho (2000:175), “Uma pessoa muito fragilizada pode ser em simultâneo mais receptiva à ajuda de que precisa, mas também, mais dependente dessa

mesma ajuda para reencontrar o equilíbrio que lhe permita viver o mais independentemente possível na satisfação das suas necessidades humanas básicas”.

“A dependência é «o estado em que a pessoa está na impossibilidade de satisfazer uma ou várias necessidades sem uma acção supletiva»¹¹ ou «já não poder assegurar a totalidade dos actos de vida ou alguns deles», como vestir-se, levantar-se, fazer a sua higiene, comer... É grande o risco de responder às actividades de vida que uma pessoa descuidou, abandonou ou recusou, substituindo-o no seu desempenho sem esclarecer o que a impede de as assegurar ou torna difícil a sua execução”, ou seja, perda de autonomia física, psíquica ou intelectual. Desta forma, segundo a mesma autora, a maior parte das vezes, a resposta a um pedido de ajuda é feita de acordo com o solicitado e não com o que provoca o problema, ou seja, se a pessoa não consegue lavar-se sozinha, o enfermeiro lava-a, se não consegue vestir-se sozinha, o enfermeiro veste-a, se já não consegue levantar-se sozinha, é levantada (Collière, 2003:377; Coelho, 2000:175).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹² - a nova classificação de incapacidades da OMS – vai ao encontro da definição acima citada e estabelece as seguintes definições:

- Défice na funcionalidade – perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica. Esta nova designação veio substituir a anterior classificação “deficiência”;
- Restrição da actividade – restrição ou perda de capacidade para exercer actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de um défice de funcionamento. Este novo termo substitui o anterior – “incapacidade”;
- Restrição da participação – substitui o termo “desvantagem” e significa, desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou restrição da actividade, e os recursos a que o indivíduo tem acesso, ficando em desvantagem, no que se refere a um papel social considerado normal.

É importante contudo, distinguir os conceitos de, (in)dependência, autonomia e incapacidade, que embora distintos, confundem-se muitas vezes e são usados indiscriminadamente. “Independência e dependência têm sido consideradas como

¹¹ In: *terminologie des Soins Infirmiers*, fasc. Spécial, nº 3, série Soins Infirmiers, Bulletin Officiel, nº 86/21 bis, p. 21.

¹² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 238 pp. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

estados que só podem existir em relação a algo ou a alguém para realizar uma determinada tarefa; a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades; a dependência é encarada enquanto incapacidade do indivíduo para se bastar a si próprio, necessitando da ajuda de outro(s) para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. A autonomia será um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas” (Sousa *et al*, 2004:49). Sendo assim, é possível restabelecer a autonomia, mesmo quando o indivíduo continua dependente, pois como afirma Evans (1984) citado por Paschoal (2000), para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como objectivo global, pois é possível restabelecê-la, mesmo quando o indivíduo continua dependente.

Embora os conceitos de dependência e incapacidade se sobreponham, não são sinónimos. Por exemplo, o indivíduo que possui diminuição da capacidade visual, pode ser incapacitado, mas não é necessariamente dependente.

A dependência tem sido classificada, de um modo geral, em três níveis: ligeira, moderada ou grave. O idoso com baixa dependência necessita apenas de supervisão ou vigilância, já que possui alguma autonomia e consegue realizar determinadas actividades da vida diária. O idoso com dependência moderada necessita não só de supervisão como também de apoio de terceiros para o desempenho de algumas actividades específicas. Finalmente, o idoso com dependência grave necessita de ajuda permanente no seu quotidiano, quer isto dizer que não tem capacidade para executar um determinado conjunto de tarefas elementares: por norma, tratam-se de pessoas acamadas ou com graves restrições da mobilidade e que, muitas vezes, possuem outras incapacidades associadas como, por exemplo, dificuldades a nível do controlo esfinteriano (Figueiredo, 2007).

Na realidade, qualquer pessoa tem, por vezes, necessidade de ajuda para a satisfação das suas necessidades. Contudo, o idoso devido às alterações decorrentes do processo de envelhecimento e patologias inerentes, isolamento, falta de apoio familiar e social, baixo poder económico, sentimento de inutilidade após a reforma, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, requer uma atenção especial na satisfação das suas actividades de vida diárias [AVD's]. Imaginário (2004) defende a necessidade de se providenciar o seu bem-estar, dedicar atenção, estabelecendo com ele uma boa relação de ajuda para a resolução dos seus problemas, escutá-lo e mostrar que se interessam por ele, ser aceite aos olhos dos outros, lhe dêem apreço, reconhecimento, respeitem a sua dignidade como pessoa e que o compreendam.

Segundo Sousa *et al* (2004:124), “O idoso sente que a doença lhe traz dependência, sentindo-se incompetente, então, delega toda a responsabilidade em familiares ou profissionais, colocando-se, como total, dependente”.

Segundo Collière (1999:235), “cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”. Para a mesma autora, a única finalidade dos cuidados de enfermagem “consiste em permitir aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das suas funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta” (p. 241).

Por isso, “O doente espera dos enfermeiros a ajuda necessária para a realização de todos os cuidados que a sua pessoa precisa para continuar a manter a vida e a dignidade, aliviar ou diminuir o seu mal-estar. O processo de desarmonia interior que a situação de dependência lhe provoca, é anulada, aliviada ou pelo menos diminuída, quando através dos cuidados que recebe lhe reconhecem o direito de ser Pessoa, única, e sobretudo compreendem os seus sentimentos de mal-estar” (Lopes, 1995:49).

3 – O IDOSO E A HOSPITALIZAÇÃO

“Quando uma pessoa adoece e tem necessariamente que receber tratamento e cuidados numa unidade de saúde, percorre um longo caminho pisado pela dificuldade e pela dor do desconhecido” (Melo, 2005:11)

O aumento da população idosa e o consequente aumento exponencial da doença e da incapacidade associados à longevidade tem por base a elevada percentagem de idosos internados nos serviços de saúde.

As pessoas idosas constituem um grupo socialmente vulnerável, grande consumidor de cuidados de saúde, que ocupam um lugar periférico no sistema de saúde, sendo preocupante “a optimização da estadia dos idosos nos hospitais porque, além de polipatologias quase sempre presentes, os riscos de perda de autonomia são maiores do que noutras faixas etárias” (Costa, 2006: 25).

Esta alteração evidencia-se nas enfermarias onde, de acordo com Pereira *et al* (2002), assiste-se a uma mudança epidemiológica, sendo agora predominante um tipo de doente que necessita de internamentos cada vez mais exigentes em cuidados - o idoso - com perda de autonomia, quase sempre acamado, com patologias múltiplas, necessitando de cuidados e técnicas diferenciadas. As principais patologias que conduzem o idoso ao internamento hospitalar são, segundo Natário (1991) principalmente os acidentes vasculares cerebrais, doenças cardíacas, neoplasias, fracturas, doenças do foro respiratório e psiquiátrico.

“Em Portugal, quase metade dos internamentos hospitalares são de doentes com idade igual ou superior a 65 anos, com tendência a aumentar (...)” (Silva, 2006:87) e o seu internamento é, em média, mais prolongado e oneroso.

A alteração das funções biológicas, assim como a modificação do padrão social de independência, ou seja, o facto de não poder cuidar de si mesmo, quer em termos biofisiológicos, quer em termos terapêuticos (tratamentos complexos que não administra sozinho), quer em termos sociais (alteração do seu padrão de comportamento relacional) predispõem o idoso ao internamento no hospital (Costa, 2006).

A mesma autora, no seu estudo *Cuidar dos Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*, conclui que as pessoas idosas em contexto hospitalar

apresentam necessidades específicas que advêm da sua estrutura biológica, psicológica e cultural, assim como do tecido social e comunitário a que pertencem, pelo que os cuidados devem centrar-se na pessoa idosa e suas características globais. Infelizmente, as estratégias contextuais, a organização do trabalho e suas prioridades nem sempre obedecem a este princípio.

O internamento caracteriza-se como uma situação de crise, em que o indivíduo doente é sujeito a um processo de adaptação. Contudo, com o avançar da idade, essa capacidade vai diminuindo, tornando-se a capacidade de desajustamento cada vez maior.

Segundo Ponzetto *et al* (2003), “Estar doente e ser internado num hospital, por si só é desagradável, pelas incertezas que deixa em relação ao futuro e pelo mal-estar inerente à doença. Os idosos hospitalizados têm usualmente níveis elevados de incapacidade, mas é, normalmente, na sequência de uma doença aguda que são internados. Esta situação é seguida por declínio físico progressivo, resultando em mais elevados índices de mortalidade durante os meses seguintes: 20,2% em 6 meses após um primeiro internamento” (*in* Sousa *et al*, 2004:122). Da mesma forma, Cabete (2005:45) no seu estudo *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas* verificou que “o declínio no desempenho das AVD’s é o principal responsável pela impossibilidade de continuar uma vida autónoma no seu ambiente habitual, sobretudo, para os idosos que vivem sozinhos ou acompanhados por outro idoso”. Ou seja, existe uma diferença significativa no estado funcional dos idosos hospitalizados, associado à diminuição de capacidades, agravado quando o internamento se prolonga por mais de uma semana, sendo que uma grande percentagem torna-se funcionalmente dependente (Valente, 2001). Cabete (2005) conclui também que, nas mulheres, é superior o impacto negativo tanto na avaliação global como em qualquer das quatro áreas: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave. O impacto psicológico não é superior no grupo etário dos muito idosos, ou seja, os muito idosos não deverão ser encarados como psicologicamente mais frágeis.

Contudo, as pessoas idosas, com história anterior de internamentos, poderão encarar o hospital com naturalidade, recorrendo às experiências passadas como forma de ultrapassar os problemas actuais. Por outro lado, assistimos ao conformismo face à hospitalização, uma vez que no seu projecto de vida, o hospital assume-se como algo que lhe é inerente (Antas *et al*, 2007). Ou seja, a forma como os utentes perspectivam e avaliam a sua experiência de doente, a hospitalização, ou o desempenho dos técnicos é

condicionada por experiências anteriores de hospitalização do próprio, amigos ou familiares, os quais transmitem uma experiência positiva ou negativa da sua estada no hospital.

O facto da rotina hospitalar diferir da rotina que a pessoa idosa mantinha em casa pode tornar-se fonte de desorientação e confusão. Pois, “Enquanto que no mundo exterior o indivíduo tem um forte controlo do espaço pessoal (o espaço que reservamos à nossa volta para um comportamento social adequado), no internamento esse espaço de segurança é constantemente invadido como parte da rotina diária hospitalar (...)” (Cabete, 2005:21).

No decurso do internamento, sucedem-se diversos procedimentos que promovem facilmente um sentimento de despersonalização no doente, pela dificuldade em manter a sua privacidade e individualidade. “Este é desprovido dos seus pertences, deve vestir um pijama semelhante a todos os outros, tem espaços próprios (uma cama) e reduzidos (um corredor ou sala de estar) para circular. Os seus tempos são em função das rotinas do meio e está parcialmente limitado em termos de comunicação com o exterior. Chega mesmo a ser desprovido dos seus saberes, especialmente em relação ao seu corpo (...)” (Serra, 2005:54; Corney, 2000:29). Estes procedimentos de cuidado realizados durante o internamento, considerados simples e rotineiros para o profissional, nem sempre têm este significado para o utente idoso. Colocam-se como ameaçadores e geradores de conflito e ansiedade, trazendo desconforto, desconfiança, insegurança e stress (Lenardt, Hammerschmidt, Pívaro, Rosa & Borghi, 2007). Morrison (2001), no seu estudo, *Para compreender os doentes*, concluiu que o ambiente hospitalar foi experienciado por alguns doentes como assustador, desagradável, grande, desconhecido e desesperante. Serra (2005) e Cabete (2005) consideram que as reacções mais comuns dos doentes à doença são, a angústia e ansiedade. Estimativas globais apontam para que 30% a 60% dos doentes apresentam graus significativos de sofrimento psicológico à data da hospitalização.

Neste sentido, podemos concluir que a hospitalização representa para as pessoas idosas uma ameaça e um desafio que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores como, a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e doença.

Quando não é respeitado nas diversas categorias do ser pessoa (corpo, espírito, individualidade, liberdade, sociabilidade e cultura) o utente sente-se ferido na sua dignidade, chegando mesmo a perder a sua capacidade de escolha ou de decisão. Por

isso, na opinião de Cabete (2005) saber o que a pessoa idosa consegue fazer e o que fazia até ao momento do internamento é fundamental para manter a sua actividade e contribuirá de forma importante para manter a sua autonomia e facilitar o seu regresso a casa. Permite também substituir a pessoa naquilo que ela é capaz de fazer ou pedir-lhe que faça coisas além da sua capacidade, o que poderia ser motivo para aumentar o stress e a incapacidade funcional.

Parece-nos que, na realidade, o hospital oferece uma prática tecnológica avançada, constituindo-se como uma cultura direccionada, maioritariamente para a cura da doença, mas infelizmente destituída de relacionamento humano. Perante isto, muitos idosos desejam expressar a sua autonomia, contradizendo as orientações dadas, levando a que sejam classificados pelos enfermeiros como “maus doentes”. Nesta linha de pensamento Collière (1999:141) afirma que “(...) a hipertecnidade terapêutica, salutar em certas situações não generalizáveis, leva muitas vezes as pessoas tratadas, a uma dependência cada vez maior, devido à complexidade das terapias utilizadas (sejam instrumentais ou de natureza fisico-química), enquanto que a hipotecnidade dos cuidados correntes ou habituais aumenta ainda essa dependência, negligenciando tudo o que poderia ser feito para permitir à pessoa tratada, manter a maior autonomia possível com a ajuda de técnicas de compensação. O interesse predominante dirige-se à natureza orgânica do mal, em vez de a tudo aquilo em que a doença ou limitação perturba a vida quotidiana”.

Segundo Cabete (2005:125), “(...) o hospital limita-se a interrogar (e nem sempre) o corpo doente. Os profissionais vivem e trabalham ao nível do modelo biomédico, parecendo-nos que prevalecem, apesar da evolução da ciência e da formação permanente dos profissionais, mitos e preconceitos em relação aos idosos, sendo dada pouca importância ao bem-estar, à qualidade de vida, à autonomia do outro”.

No hospital, o doente, “torna-se uma pessoa anónima, doente entre doentes, deixando de ter qualquer poder” (Silva, 2006: 75). Abandonam a sua independência em maior ou menor grau e entregam-se à autoridade de quem consideram superiores, os médicos e enfermeiros. Deste modo, o utente perde ao mesmo tempo a liberdade de tomar decisões sobre a sua vida, o que pode ser muito frustrante, particularmente se estiver no hospital durante um período longo e conduz, muitas vezes a mudanças de comportamento. A este respeito Morrison (2001:46) revela que a frustração expressa-se de variadas formas. Aos olhos dos doentes, um enfermeiro pode transformar-se no alvo de críticas amargas ou num «anjo de misericórdia».

Silva (2006:74) afirma que, “o hospital apresenta-se, deste modo, como uma empresa hierarquizada, centralizada, do tipo tayloriano, em que importa produzir o máximo de utilidades no mínimo intervalo de tempo, com o mínimo de recursos, a uma cadência padronizada”. Desta forma, “Nos cuidados aos idosos, a lógica do hospital com sua organização burocrática, cruza-se com a lógica da técnica, que domina desde os gestos mais simples (dar banhos, alimentar, ...) aos gestos mais complexos (controlar bombas perfusoras, ler gráficos, registar escalas, analisar doseadores, ajudar a morrer, ajudar os familiares no luto (...))” (Costa, 2006:172-173).

Todas as pessoas têm rituais, que contribuem para a caracterização da sua individualidade. No entanto, quando são obrigadas a alterá-los, temporariamente, por motivos de doença, de internamento ou mudança do meio ambiente, vivem por um lado momentos de tensão e ansiedade; pois os seus hábitos não se adequam à nova situação que está a viver; por outro lado, ter de mudá-los de um momento para o outro é difícil e pode ser gerador de ansiedade. “No caso dos doentes idosos, quase todos os seus rituais sofrem alterações; eles têm de encontrar uma nova forma de estar com novos rituais, o que se torna uma fonte de preocupação. O doente precisa de tempo e de ajuda para se adaptar ao hospital e, por sua vez, à sua nova forma de viver. Ora, a imposição dos rituais, das técnicas e das rotinas hospitalares sem uma explicação prévia e sem uma adaptação, impede-os de desenvolver as estratégias necessárias para se adaptarem” (Almeida, 1999:78-79). Note-se que, algumas rotinas são importantes na organização do trabalho, mas impõe-se que não se tornem um fim em si mesmas, esquecendo a pessoa com a sua história de vida, com a sua cultura, os seus valores, as suas crenças, o seu querer” (Almeida, 1999:80).

Deste modo, a pessoa vê alterada a fronteira do espaço público e privado, assim como a gestão e auto-controle do próprio corpo, o que conduz ao agravamento da ansiedade, dependência, fragilidade e sofrimento. O sentido de individualidade altera-se e a pessoa idosa vê-se a viver momentos de grande intimidade no meio do maior anonimato (Mercadier, 2004). A orientação tayloriana do hospital conduz à tendência para reduzir a pessoa internada ao estado de “objecto” de cuidados.

Segundo Pupulim (2003:2), “Na estrutura hospitalar, a concepção é que o corpo do cliente passa a ser «domínio» da equipe de saúde, poder este exercido por ela deter o «saber» científico, o qual, sob a óptica dos profissionais, lhes assegura permissão irrestrita para manipulá-lo e tomar as decisões sobre o seu tratamento”.

Grande parte dos utentes aceitam subordinar os seus corpos à manipulação e ao olhar de estranhos sem questionar, talvez devido à falta de informação sobre os seus direitos e à falta de esclarecimentos sobre o tratamento, procedimentos e cuidados. Por isso, “submetem-se ao poder do «saber» incorporado pelos profissionais e às «normas» estabelecidas pelas instituições de saúde por entenderem que dependem deles para o seu restabelecimento” (Pupulim, 2003:2). Os doentes “entregam-se «aos que sabem por eles» e submetem-se ao que é considerado bom ou mau, sem se interrogarem ou questionarem sobre os factos pessoais e colectivos que influenciam favorável ou desfavoravelmente o processo saúde-doença” (Collière, 2003:142).

Na mesma linha de pensamento Silva (2006:74) menciona: “(...) a pessoa doente, no hospital, é reduzida a um corpo objecto anónimo entregue à exploração de profissionais, desarmado e passivo, na ignorância do processo da doença e do tratamento. O doente encontra-se na situação de aceitar a manipulação do próprio corpo (...)”. Parece-nos, desta forma que, o hospital diagnostica, trata e cura a doença do corpo físico, enquanto que “a doença do corpo vivido fica à margem, é esquecida, ignorada, desvalorizada, como se tudo se resumisse a uma disfunção de um órgão, a um desequilíbrio funcional. Não se quer saber a história de cada um, a forma como convive com o seu problema de saúde, o que o preocupa, quais os seus recursos interiores (...)” (Cabete, 2005; Thomas, 2001, citado por Silva, 2006:74). É atribuída primordial importância à doença que afecta o corpo físico, ao órgão doente e é atribuída menor importância ao “vivido” do doente, ou seja, tal como afirma Cabete (2005:23), “as emoções, ou a evocação do «vivido» do doente, são postas de parte no hospital (...)”.

Na nossa opinião, os utentes no hospital sentem que o que é valorizado é o *corpo que se tem* ao invés do *corpo que se é* e que, a única finalidade da sua presença é o tratamento da doença e a realização de procedimentos técnicos, realçando a despersonalização dos cuidados prestados.

As pessoas doentes no hospital, são na realidade os protagonistas da “acção”, contudo, tendem a assumir um papel de passividade, ou seja, de meros espectadores. Comparando-as a um actor, desempenham um papel de actor secundário, não representando a sua própria peça, mas a peça que os espectadores (profissionais de saúde) esperam ouvir, assistir. É esse o papel que lhe está preparado, pelas representações profissionais existentes. Com o objectivo de contrariar essa tendência desenvolvem comportamentos que traduzem estratégias de sobrevivência individual, que permitem aumentar o seu grau de adaptação, e diminuir sentimentos de estranheza, medo e ansiedade (Carapinheiro, 1993).

“Do ponto de vista social, o doente apercebe-se que no hospital há um determinado papel, que é esperado que integre” (Serra, 2005:54). O utente entra no hospital com ideias pré-concebidas sobre a forma como comportar-se, de forma a ser considerado um bom doente, ou seja, não questionar nada nem ninguém, ser dócil, não verbalizar queixas, não ocupar tempo ao pessoal. O doente posicionado, enquanto sujeito activo na relação de cuidados, na maior parte das vezes, não é bem aceite pelos enfermeiros, na medida em que, no hospital os cuidados são centrados na doença, assumindo o doente, uma atitude de submissão e passividade.

“O bom doente será aquele que aceita, sem questionar de forma incómoda, o conjunto de cuidados que nele, ou para ele, são realizados. É aquele que se entrega aos técnicos e neles deposita a sua fé (para além de Deus), relativamente à sua cura. O caso inverso traduz-se no mau doente, ou seja, naquele que pode eventualmente colocar em causa a validade ou pertinência dos cuidados” (Serra, 2005:38).

Com o intuito de adaptação ao internamento os utentes desenvolvem mecanismos os quais geram comportamentos específicos. De acordo com Morrison (2001), em contexto de internamento hospitalar, os doentes utilizaram diversas formas de auto-apresentação: adopção de uma postura tímida e obediente característica das crianças; submissão a uma prática ritualística; tornarem-se muito amigáveis e animados; mostrarem deferência e gratidão em relação ao pessoal técnico; relutância em colocar questões.

Pelo contrário, podem observar-se reacções de revolta, que se traduzem pelo apelo constante dos profissionais de saúde (tocar repetidamente à campainha, fumar na enfermaria, ...), recusa de cuidados de higiene, alimentação, ... ou até mesmo agressão física ou verbal. Esta reacção de passividade dos doentes face ao internamento pode ser fácil e inadvertidamente, fomentada pela equipa, ao dar explicações pouco claras sobre normas, impondo regras e normas arbitrariamente de uma forma directiva e rígida, ou ainda ao não reconhecer o doente como um adulto, não lhe atribuindo, dessa forma, a capacidade de ser independente ou infantilizando-o” (Serra, 2005).

“(...) o doente é isolado e distanciado relativamente ao mundo que está para lá das fronteiras do hospital, ou do serviço de internamento, onde se encontra o seu círculo de relações sociais, através da imposição de horários de visitas ou do estabelecimento de um conjunto rígido de comportamentos definidos, condizentes com o papel de doente, como a permanência junto da sua cama ou o uso de um pijama (...)” (Serra, 2005:46).

Na carta dos direitos e deveres dos doentes – Lei de Bases da Saúde¹³ é esperado que o utente dos serviços de saúde, para além de ter um papel central nos cuidados, tenha também um papel activo. Ou seja, está salvaguardado nesta Lei o papel do doente como actor enquanto interveniente nos processos e relações sociais inerentes aos actos terapêuticos. Não obstante, o que efectivamente se verifica é que, na generalidade das práticas, o papel que é socialmente esperado do indivíduo doente não lhe reconhece tal centralidade, pelo contrário, do doente, é esperado que assuma uma postura passiva perante os serviços de saúde (Serra, 2005).

“Quando todas as decisões são retiradas aos doentes, particularmente nos cuidados a longo prazo, cessa o esforço de considerar alternativas, portanto perde-se a iniciativa e aceita-se a rotina imposta; eles tornam-se institucionalizados” (Roper, Logan & Tierney, 1995:263).

Os profissionais de saúde são chamados a não ignorar que, quando cuidam do doente, tocam-lhe no corpo e o expõem muitas vezes aos olhares alheios, sem pedir autorização, chegando mesmo a adoptar, por vezes, posturas de poder sobre o corpo do outro.

O doente pouco ou quase nada questiona a invasão dos profissionais de saúde sobre o seu corpo porque, na sua percepção, ela é necessária para a sua própria cura. Porém, o doente demonstra constrangimento, incómodo ou embaraço, mesmo nos seus silêncios.

O mundo do hospital é o mundo da doença, da produção de novos saberes, onde o saber científico se sobrepõe ao saber e experiências adquiridas ao longo da vida, da técnica que orienta os profissionais a tocar/manipular o corpo, da hierarquia, da ordem e da rotina, da identificação - pelo número do processo, enfermaria, leito ou patologia. É um mundo organizado de forma tão peculiar que, à medida que o utente penetra no seu interior, vai ganhando outra identidade, a de “paciente” (Azevedo *et al*, 2006). Acrescenta ainda que actualmente a construção da identidade “paciente” no mundo do hospital passa pelo desfazer da sua privacidade, relações familiares e sociais, ou seja, deixar de ser autor da sua própria história/autonomia para se tornar objecto da ficha médica. A partir deste momento, o foco de atenção e registo volta-se para parte da sua história de vida (história da doença actual) e a observação de sinais/sintomas; enfim, o hospital é um mundo no qual o corpo necessita ser fixado num espaço para que possa ser cuidado e

¹³ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Base XIV. Recuperado em 20 Outubro 2007, de: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro/i006779.pdf>

vigiado. O hospital revela-se como um corpo construído, mas que ao mesmo tempo, é um “corpo que constrói corpos”. Corpo construído para abrigar e educar outros corpos a tornarem-se corpos obedientes e subjectivados (Azevedo, 2006).

Cremos assim, que a hospitalização, por tudo o que pode acarretar para o doente, deve acontecer num ambiente propício de relacionamento afectivo, que proporcione, de imediato, o início de uma relação de confiança, imprescindível para a eficácia do processo terapêutico (Coelho, 2000).

Em geral, as doenças dos idosos são crónicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, além de cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

CAPÍTULO II – CORPO E ENVELHECIMENTO

1 – CORPO E CORPOREIDADE

Toda a atitude do homem é uma atitude corporal. O corpo é o centro de tudo o que acontece (Morais, 1992, *in* Almeida, 2004) e constitui-se como o primeiro nível que determina o ser e o aparecer da pessoa (Renaud, 1994).

O corpo é a materialização do ser. Através dele, o ser abre-se ao mundo, tornando possível um processo de relação/comunicação, através da consciência que recebe e emite para o mundo. Porque, para além de uma exterioridade objectiva e visível, cada corpo, independentemente das suas características físicas é detentor de uma personalidade, com particularidades muito próprias, as quais lhe conferem uma individualidade (Lalanda, 1995; Saraiva, 1999). Sem corpo não existe pessoa e é através dele que ganhamos existência no universo, nos movimentamos no espaço e no tempo. Nele sofremos a passagem do tempo, que marca tudo o que sentimos e tudo por que passamos.

Gabriel Marcel citado por Lopes (1999:21) afirma que “o «meu corpo» não é um instrumento pessoal, é muito mais; é a identidade pessoal e como tal pode afirmar: «sou o meu corpo»”. “A identidade descreve o modo como nos vemos através dos outros e como imaginamos ser por eles vistos, numa espécie de jogos de espelhos” (Viegas e Gomes, 2007:11). Esta identidade é revelada pelo olhar, mente e postura; é fábrica de sentimentos, emoções, projectos, por isso quando os olhos vêem, é todo o ser que vê, assim como quando o corpo sofre, é toda a pessoa que sofre. Tudo quanto somos, fazemos e sentimos o devemos ao corpo. Não se consegue separar o homem do seu corpo (Lopes, 2000).

Quando interagimos e olhamos uma pessoa, não vemos somente um corpo porque o homem é um todo constituído por corpo, espírito, psíquico, social e cultural.

Cada corpo é o reflexo da cultura, classe social, história de vida e personalidade do indivíduo. Neste sentido, Ribeiro (2005:40) afirma que “(...) o corpo – não tanto o corpo que eu vivo, mas sobretudo o corpo que eu conheço – é socialmente construído; ou; por outras palavras, que o corpo representado ou imagem do corpo não só varia de cultura para cultura mas tem muito de imaginário social”. O mesmo autor (p. 20)

acrescenta que o modo como cada indivíduo sente o seu corpo e lhe dá um sentido depende necessariamente do conjunto de elementos culturais que o envolvem.

Segundo Le Breton (2002:150), “a imagem do corpo é a representação que o indivíduo faz do seu corpo; a maneira como este lhe aparece mais ou menos conscientemente através de um contexto social e cultural, particularizado pela história pessoal”.

Neste sentido, Ribeiro (2005) defende que cada pessoa possui simbolicamente dois corpos: um corpo individual que aglomera o físico e o psicológico, adquirido aquando do nascimento e um corpo social necessário para que se possa viver inserido em sociedade e num grupo cultural, o qual será o âmago da imagem corporal pois proporciona a cada indivíduo um enquadramento para perceber e interpretar experiências físicas e psicológicas. Desta forma, a aparência pessoal revela-se de grande importância, pois é através dela que a pessoa é percebida pelos outros. Berger e Mailloux-Poirier (1995) realçam a extrema sensibilidade e vulnerabilidade dos idosos à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos. Le Breton (2002) acrescenta que é o outro, sobretudo, que reenvia no espelho, sob forma depreciativa, a inscrição da senescência. A imagem do corpo não é um dado objectivo, não é um feito, é um valor que resulta, essencialmente, da influência do ambiente e da história pessoal da cada indivíduo.

Paul Valéry (1957), nas suas *Reflexões Simples* sobre o corpo menciona que possuímos três modos de percepção e de uso do corpo próprio: o corpo que *tenho* ou o *meu corpo*; o corpo que se evidencia aos outros na *aparência*, o corpo anatomofisiológico do saber médico. Esse é o corpo da corporeidade e a resolução de problemas vitais depende do seu conhecimento (*in* Ribeiro, 2005).

Ponty (1999) diz-nos que, corporeidade é a forma de ser do homem, é o deixar fluir, o pensar, o sentir, o planear, não apenas a partir de resultados, mas também dos nossos sentimentos, dos desejos e ideais; é assumir a nossa condição humana com base na liberdade e nas nossas necessidades. É importante salientar que é por meio do meu corpo que sou solidário com o mundo, tenho a consciência de que as coisas co-existem comigo enquanto sujeito encarnado, é por meio dele que compreendo o “outro e as coisas”.

Kolyniak (2005) refere que o humano vivo é corporeidade, é cultura encarnada. Desta forma, “(...) É mais que mera aparência ou embalagem do homem, é a própria constituição e configuração material e simbólica de nosso ser no mundo. Identificamo-nos

com o corpo quando tomamos consciência de nossa individualidade, ao deixarmos de nos confundir com o meio ou com o outro, passando a perceber o limite entre o eu, o outro e o meio. Também o fazemos quando ocorre o processo de identificação com o outro, ao percebermos que somos também, em muitos aspectos, iguais ou semelhantes aos outros” (ibidem, p. 339).

Segundo Ponty (1999) o corpo não é apenas um objecto entre todos os outros objectos, um complexo de qualidades entre outros; é um objecto sensível a todos os outros, que ressoa para todos os sons, vibra para todas as cores, e que fornece às palavras a sua significação primordial através da maneira pela qual ele as acolhe.

Assim, o corpo não é um objecto, ou uma coisa, é a expressão de uma subjectividade pessoal, individual, única e irrepetível, afirmando-se como um campo fértil e expressivo de linguagens plurais, onde o sentido da vida integra plenamente a dignidade do ser pessoa.

Na verdade, a única forma de conhecer o corpo humano, quer seja o corpo do outro ou o meu próprio corpo, é vivê-lo, ou seja, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele. Portanto, sou o meu corpo, exactamente na medida em que tenho um saber adquirido e, reciprocamente, o meu corpo é como um sujeito natural, como um esboço provisório de meu ser total” (Ponty, 1999).

Rámon (2003) *in* Melo (2005:28), diz-nos que, “O nosso corpo é o nosso modo de ser e de estar no mundo. Existimos pela corporeidade, por conseguinte, o corpo revela o homem tornando-o pessoa pela relação com o outro corpo e «a corporeidade é a expressão da interioridade. Não vemos nunca um homem como simples corpo, mas sempre como corpo humano, ou seja, como uma forma espacial carregada de referência a uma intimidade»”.

Dependemos do nosso corpo para viver e realizarmo-nos na corporeidade. Sem ela somos levados para o mundo da ilusão, dos devaneios e dos sonhos, e é no limite da pele que sabemos que estamos conectados ao mundo. É através do relacionamento com outros corpos que garantimos a nossa referência espaço-temporal (Namdrol, 2006). Afigura-se importante “(...) descobrir, observando e interpelando os actores-sujeitos, como eles vêem, imaginam ou sentem o corpo próprio e o dos outros; o que esperam do seu corpo, como o usam, o vivem ou respondem aos seus apelos; como assumem o seu corpo, ou se assumem como corpo; como, uns perante os outros, se confrontam ou comunicam corpo a corpo” (Ribeiro, 2005:17). Pois, qualquer pessoa possui diferentes imagens ou representações do seu corpo.

A nossa vivência com o corpo é, em cada momento, impregnada de memórias de vivências passadas e de expectativas de vivências futuras, ligadas umas às estimulações sensoriais e às respostas que o corpo lhes dá, outras ligadas às actividades autónomas em que o corpo se envolve agindo sobre o mundo exterior e à resistência deste. É sobre esta continuidade das vivências corporais que se constitui - ou melhor, se constrói – o sentimento de identidade pessoal (Ribeiro, 2005).

Além disso, a imagem corporal possui uma característica dinâmica e mutável, pois retrata o corpo, uma entidade em constantes transformações, podendo ser reconstruída a partir de novas sensações que se somam às antigas. O que pode acontecer é que no decorrer dessas fases de mudança, se o indivíduo idoso sofrer influência, provocada quer por doenças e declínios físicos comuns da velhice, quer pelos estereótipos sociais, a sua imagem corporal altera-se (Balestra, 2002; Monteiro, 2003; Tavares, 2003 *in* Miranda, Brandão, Velardi e Matsuo, 2007).

Segundo Federici, 2004; Monteiro, 2003, importa salientar que a imagem corporal dos idosos não sofre distorção apenas porque estas pessoas envelheceram, pois, a imagem corporal não sofre alteração devido à idade, mas sobretudo, devido a problemas vivenciados como patologias, limitações de movimento e, principalmente, influência de estereótipos. Consciencializar-se da distorção da imagem corporal, comum nesta fase da vida, é outra visão preconceituosa e estereotipada do envelhecimento (citado por Miranda, 2007).

“A consciência nunca pode objectivar-se em consciência-de-doente ou consciência-de-enfermo e, mesmo se o velho se queixa de sua velhice ou o enfermo da sua enfermidade, eles só podem fazê-lo quando se comparam aos outros ou quando se vêem pelos olhos dos outros, ou seja, quando têm de si mesmos uma visão estatística e objectiva, e essas queixas nunca são inteiramente de boa-fé: regressando ao interior de sua consciência, cada um sente além de suas qualificações e no mesmo instante se resigna a elas” (Ponty, 1999:581-582). Desta forma, a identidade na velhice é considerada “um processo intersubjectivo e relacional, onde a imagem de si próprio está constantemente a remeter-se para os outros e a integrar os outros no contexto relacional onde se efectiva o processo de identificação” (Viegas e Gomes, 2007 *in* introdução). “Os processos de negociação da identidade na velhice vão, então, constituir-se a partir de três níveis interligados: i) como eu me vejo a partir daquilo que vejo de mim nos outros: ii) a pessoa que eu sou a partir daquela que imagino que os outros vêem em mim; iii) a pessoa que apresento aos outros a partir da que reconheço em mim” (Viegas & Gomes, 2007:17).

1.1 – O CORPO ENVELHECIDO

O processo de envelhecimento, numa perspectiva biológica, caracteriza-se por mudanças estruturais no corpo. Segundo Antonelli (2004) *in* Silva (2007:17), “(...) há uma substituição gradual do tecido muscular por tecido adiposo e, por isso, o idoso tem menor quantidade de massa magra. Há ainda diminuição da água corporal e da massa óssea, entre outras, que acabam levando a pessoa idosa a tornar-se frágil e susceptível a alterações internas e externas, como doença, calor ou frio excessivos, além do uso de medicamentos”.

E porque “a velhice vive-se primeiro que tudo no corpo” (Paúl e Fonseca, 2005:43), as transformações físicas são claramente o aspecto que apresenta maior destaque. Sendo assim, os cabelos embranquecidos, a pele com menor elasticidade e mais seca, revelando rugas e por vezes com tendência a formar manchas, a deterioração da capacidade visual e auditiva, a maior lentidão dos reflexos, a menor capacidade respiratória, algumas dificuldades de equilíbrio e menor resistência, cansaço a esforços físicos intensos e/ou continuados, a recuperação física mais lenta, a lentificação de movimentos e a menor eficácia do sistema imunitário a proteger o corpo de infecções, constituem-se um conjunto de exemplos dessas modificações. Neste sentido, “(...) o envelhecimento físico ganha especial relevo porque a vivência da velhice se faz, em grande parte, pelas condições corporais” (Sousa *et al*, 2004:27).

Como foi referido anteriormente, os indivíduos passam por alterações durante as suas vidas, alterações estas que trazem diferentes sentimentos nos idosos. Junto com tais alterações, temos ainda aspectos socioculturais e históricos mediando o indivíduo, construindo uma subjectividade identificada na sua atitude corporal. Conquanto o envelhecimento possa ser reconhecido e construído de diversas formas nos indivíduos; tudo irá depender do ângulo observado e sentido por cada um. Esta etapa poderá ser vivida com plenitude e serenidade, ou, então, aprisionarmo-nos em amarguras, queixas e ressentimentos (Almeida, 2004).

Para além de factores intrínsecos relacionados com a nossa condição genética e metabólica, o envelhecimento é influenciado por factores extrínsecos, dependentes de condições ambientais e comportamentais.

Assiste-se na sociedade moderna à valorização de determinados aspectos, como a juventude, a beleza e o poder económico, contudo, uma vez que os idosos se afastam desse protótipo, são desvalorizados e relegados para plano secundário. Porque se apresentam fora dos arquétipos sociais da actualidade, possuem um estatuto depreciado

e estigmatizado. “A imagem que as pessoas constroem influencia as suas práticas e condiciona a maneira de estar dos próprios idosos. Em certos casos, as pessoas idosas sentem que há uma imagem tão desvalorizante, que acabam por se conformar e actuar de acordo com essa imagem, uma vez que não lhes é dada a possibilidade de demonstrar que esta é infundada ou distorcida. Esta situação leva-os a adoptar uma atitude defensiva, interpretando toda a interpelação como um ataque (...) o idoso é estigmatizado e acaba por interiorizar e aceitar a marca que os outros lhes atribuem” (Drulhe, 1981 citado por Pimentel, 2001:76; Silva *in* Paúl e Fonseca, 2005:43). As transformações de ordem física “determinam um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo self, fisicamente menos robusto e capaz, diferente da imagem da juventude” (ibidem, p.144). Berger e Mailloux-Poirier (1995) assinalam que os «velhos» de hoje, os «gastos», os «enrugados» cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que deifica a juventude, embora o envelhecimento tenha que ser entendido como um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. O desconhecimento deste processo leva a falsas percepções, que, à força de serem transmitidas, acabam por isolar os idosos, chegando muitas vezes a acelerar o processo de envelhecimento.

Regra geral, as pessoas idosas são reduzidas unicamente à aparência dos seus corpos, vistos como desfigurados e intoleráveis, e caracterizados, segundo Le Breton (2002:146) como “corpos relegados, esquecidos e escondidos, os pobres velhos”; “É apenas um corpo arruinado”. Silva (2006:101), corrobora esta opinião ao referir que, “É, muitas vezes, o aspecto físico dos cuidados que é destacado numa abordagem que enfatiza o corpo como objecto de cuidados, com as tarefas dirigidas ao corpo, em detrimento da pessoa (...)”, “enquanto corpo sujeito, que tem necessidade de sentido, que exige atenção” (Hesbeen, 2000:2).

Segundo Lopes (2005:3) “particularmente nos serviços de saúde o corpo da pessoa idosa é ainda visto de modo predominante como suporte material da pessoa, envelope da sua presença no mundo, que exhibe sinais e sintomas de múltiplas doenças”. O seu corpo representa o local de execução de tarefas. “São corpos anónimos, física e mentalmente pesados, dependentes” (Lopes, 2005:7).

Existem, muitos preconceitos sociais relativamente à pessoa idosa e ao seu corpo. Quase sempre são tratadas com atitudes de «nojo» do seu corpo, o qual pelo declínio das funções fisiológicas se torna imundo, «sujo» e intocável para muitos. Segundo Fernandes e Lopes (2002), o corpo é muitas vezes concebido pelos

enfermeiros na sua condição humana primária de corpo físico, dimensão anatómica, precário, vulnerável e de equilíbrio instável.

O uso de eufemismos é um traço característico na relação com as pessoas idosas, pois pelo seu uso, minimiza-se para não mostrar sentimentos, para não ter medo, para não ter que se justificar. Eufemismo deriva do grego *euphemismos* e significa segundo o dicionário da língua Portuguesa contemporânea (2001), a acção de suavizar uma expressão ou uma ideia dura ou desagradável, empregando uma palavra ou expressão mais polida ou menos dura do que a que seria natural usar, por exemplo, corpo experiente ou maduro em vez de corpo envelhecido.

De facto, persiste o mito, difícil de «abater», que considera a pessoa idosa possuidora de um corpo frágil e dependente. O não reconhecimento do doente idoso como um adulto, não lhe atribuindo dessa forma a capacidade de ser independente, a sua infantilização, embora com alguma dose de afecto, o discurso «bebeísta», repleto de diminutivos em que o «bracinho» ou a «perninha» são alvo de tratamento conduz, por vezes os idosos, a regredir a um estadio muito anterior da sua vida (Serra, 2005).

1.2 – O CORPO DOENTE

O corpo, de acordo com Giddens (1994), é “(...) fonte de sensações de bem-estar e prazer, mas também o local de doenças e de pressões” (*in* Ribeiro, 2005:20). Enquanto disfunção do corpo que se tem, a doença, “modifica e enriquece a experiência de vida de cada pessoa (...)” (Hesbeen, 2000:26), sendo a experiência da doença diferente em cada pessoa. Ou seja, nem todas as situações ou episódios de doença se reflectem ou são vividas da mesma forma pela pessoa.

De acordo com Van Der Bruggen (1977), a doença muda-nos, altera completamente o modo como nos relacionamos com o mundo. Os sentimentos de perda e insegurança vividos na infância emergem, tudo é incerto e problemático. O espaço, o tempo, as relações consigo próprio, com o mundo e com os outros sofrem uma mudança. O doente fica dependente, inseguro e impotente ao ser espoliado dos seus suportes habituais, podendo regredir para um estado de maturidade anterior, com a finalidade de se proteger e poupar. Ele pode esquecer as suas relações e papéis sociais habituais e centrar-se em si, fazendo apelo aos outros, à sua compaixão e aos seus cuidados.

Manen (1998) e Domingues (2004) partilham da mesma opinião, ao referir que, a doença altera os nossos conceitos de ser «senhor de si» e introduz o de precaridade em que o meu corpo se torna outro, dependente dos outros, bem como altera, o nosso sentido de tempo e prioridades, a nossa experiência de espaço, o sentimento das nossas relações com os outros, a nossa percepção de nós próprios e do corpo.

Face à doença, o corpo pode tornar-se estranho para nós, como se de repente tivéssemos mudado de corpo, o que provoca uma extrema sensação de desconforto: (Renaud, 2004): “(...) fiquei outro de repente, desfigurado e tartamudo. Olho-me no espelho e não me reconheço. Sou uma caricatura de mim... inseguro, estranho em mim mesmo, como que na pele de um desconhecido” (Lopes, 1999:20). Miguel Torga, no seu *Diário* (vol. VIII) também menciona que “ (...) o pior da doença é a impessoalidade a que ela nos reduz. Sem nenhuma espécie de vontade preservada quanto à intimidade, devassada por dentro e por fora (...) o indivíduo sente-se apenas um manequim dorido, que mãos estranhas ou familiares manobram com doçura de uma paciência exausta. Um manequim que geme, que abre os olhos, que toca campainhas, mas que tem a sua realidade fisiológica, reduzida a gráficos e tabelas. De um ser afirmativo e facetado, resta uma passividade amorfa, almofada entre almofada, onde se espetam agulhas ritualmente. E embora pareça estranho, o que nestas ocasiões mais se deseja não é melhorar: é simplesmente ascender de farrapo humano a homem, ou deixar de existir”.

Segundo Gadow (1991), a doença e a incapacidade são circunstâncias que bloqueiam o nosso padrão típico de acção no mundo. Na doença, aguda ou crónica, o nosso desempenho corporal falha, a nossa percepção de identidade pessoal é ameaçada, pois a nossa identidade está intimamente envolvida com a nossa corporalidade (citado por Agich, 2008). “Os doentes perdem tudo aquilo em que se baseia, habitualmente, a sua identidade: todos os seus estatutos sociais, conferidos pelo estado civil, profissão, pela sua pertença a diferentes grupos, para assumir a identidade doença que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional” (Collière, 2003:141). Sendo assim, quem experiencia a situação de doença no seu próprio corpo, testemunha, duas realidades contrárias: “(...) sou este corpo que sofre, mas também sou diferente dele; não coincido plenamente com ele; nele, considero-me como alheio a ele. Rejeito a minha identidade pura e simples com ele; ele paralisa-me, ao passo que, pela minha mente, ou pelo meu espírito, posso de certo modo pô-lo a distância de mim” (Manen, 1998).

A doença que consome o corpo do doente, tanto pode ser visível, como pode manter-se oculta ou disfarçada. Aquela, cujos sinais se podem ler no corpo afectado, fica

gravada na carne e deforma o corpo, desagrega-o, entumesce-o, inflige-lhe sofrimentos indisfarçáveis (Mercadier, 2004). Desta forma, segundo o mesmo autor (p. 125), “Estar doente significa, sobretudo, estar num mundo à parte, num mundo em que podemos cair a qualquer momento, como quem cai no fogo do inferno (...)”.

A doença é mais do que apenas uma disfunção orgânica, pois esta abrange variáveis individuais distintas, tais como, diferenças culturais (em que, por exemplo, a expressão de dor pode ser mais ou menos valorizada), factores situacionais, stress ou humor do indivíduo (Serra, 2005).

Ribeiro (1995) entende a doença como um estado de crise, considerado como uma situação apresentada ao indivíduo de uma forma diferente do que é habitual ou com uma gravidade em que as suas respostas habituais são insuficientes ou inadequadas exigindo-lhe alterações dos padrões de funcionamento pessoais e sociais estabelecidos. Do ponto de vista social, a doença pode ser interpretada como “(...) uma situação de ameaça ao normal e efectivo desempenho dos papéis e tarefas para os quais os indivíduos foram socializados” (Carapinheiro, 1986 *in* Serra, 2005:28-29).

Esta situação de crise provoca efeitos a nível emocional através da utilização de estratégias de *coping* para ajudar ao desafio que esta impõe ou impedir o ajustamento à doença. A nível cognitivo o processamento de informação e a procura de conhecimento sobre a doença são condicionantes para o impacte psicológico.

“As reacções emocionais à doença mais comuns passam pela ansiedade, negação, depressão, choro ou raiva e são o produto da conjugação de uma série de factores individuais que condicionam uma resposta única. Uma diminuição na auto-estima, condicionada pela perda de autonomia ou por um contacto despersonalizante com o sistema de saúde podem também ocorrer” (Serra, 2005:32).

Ter o corpo doente implica um movimento de ajustamento psicológico a uma nova situação, isso depende essencialmente das características da sua personalidade e do seu estilo de adaptação, da natureza da doença física em causa e do seu significado psicológico para o sujeito e ainda do contexto familiar e social em que a doença ocorre (Teixeira, 1993).

“Para além do mal-estar físico, a doença confronta a pessoa com a sua fragilidade, ameaçando-a com a possibilidade de perdas a diferentes níveis que vão desde o físico e funcional, ao social e afectivo. Deixar de ser quem se era, ter de aceitar limitações e incertezas quanto ao que vai acontecer, o medo de deixar de ser amável e

de se ficar frágil, vulnerável, dependente. A doença pode ser vivida e olhada de diferentes formas, envolvendo sempre a construção de significados profundamente pessoais” (Machado, 2002:80). “Pode ser sentida como uma ameaça e, enquanto tal, vivida como um dano potencial, ser experimentada como uma perda, ou dano real, ou como um desafio que pode desenvolver ganhos potenciais” (McIntyre, 1995 citado por Machado, 2002:80).

No entender de Rodrigues, Dutra e Martins (2008:24) corpo doente significa um processo de desequilíbrio de um corpo saudável, susceptível a alterações que afectam algumas das suas actividades de vida diárias, tornando-o vulnerável e desajustado ao seu meio envolvente. Sente-se alheio a si próprio e a dor que envolve a sua dependência de cuidados, desencadeia uma situação de crise que pode ser encarada com resignação ou como um desafio. Pode-se concluir que o corpo doente é um corpo estigmatizado pela doença, no sentido em que modifica a relação entre o doente e os outros, entre os que prestam e os que recebem cuidados.

Contudo, “A experiência da doença é mais complexa na velhice, os idosos tendem a sofrer de múltiplas doenças e/ou incapacidades e a tomar maior variedade de medicamentos. Os sintomas são internos e, normalmente, não específicos de um órgão, o que dificulta o diagnóstico e tratamento” (Sousa *et al*, 2004:50). Qualquer que seja a doença, causada por processos patológicos específicos ou pelo processo normal do envelhecimento, esta chama a atenção dos idosos para os seus corpos (Agich, 2008).

Uma consequência das mudanças na percepção e na experiência espaciais ocasionadas pela doença é a que a percepção de questões pessoais e íntimas é gradualmente perdida. Sendo assim, “Em vez de *ser* um corpo, o idoso doente descobre que simplesmente *tem* um corpo” (Marcel, 1965, citado por Agich, 2008:261).

Importa então, perceber que o doente não é uma pessoa sobre a qual se abateu uma doença. “É uma pessoa e, a esse título, não é redutível a um único dos seus aspectos. Daí resulta que doente e doença sejam indissociáveis porque os elementos que compõem um e outra são tecidos em conjunto e interagem constantemente (...)” (Hesbeen, 2000:91).

Assim, “(...) por mais que a doença seja objectivada no corpo que se tem, ela não afecta, no fim de contas, senão o corpo que se é” (Hesbeen, 2000:27).

“O corpo objecto ou corpo que se tem é aquele em que os enfermeiros se ocupam “de um órgão ou de uma função sem verdadeiramente contextualizarem esse órgão ou

essa função na complexa globalidade de um indivíduo” (Hesbeen, 2000:32). Segundo Renaud (2004:35), o corpo objectivo “é o corpo dum ser humano qualquer, um corpo anónimo, por assim dizer; é o corpo do outro, na medida em que não sinto em mim o que o outro sente quando fala do seu corpo”.

O corpo sujeito ou corpo que se é, é designado por Renaud (2004:35) como “(...) corpo vivido, o corpo em primeira pessoa, o corpo que atinjo quando falo deste corpo que é meu”.

1.3 – O CORPO DESNUDADO

O corpo, cada corpo, é o espelho de si próprio, assumidamente único, secreto, digital. Nenhum corpo nu está despido. Só o despe quem o desnuda (Melo, 2005:13).

A enfermagem expõe e toca o corpo do utente, em variadas circunstâncias, durante as quais, o contacto físico se torna íntimo, envolvendo, por vezes, a nudez parcial ou total de quem é cuidado.

“A nudez é sempre evocadora de erotismo, associado a pecado pelo cristianismo. Afirmam os antropólogos que ela tem sido regida por interditos desde as origens da humanidade” (Mercadier, 2004:169).

O corpo exposto na sua nudez aos olhos dos outros fica reduzido à condição de objecto, parece que o outro (profissional de saúde) o observa como estrangeiro, percorrendo o seu corpo oculto, escondido e secreto de si mesmo (Botelho, 2004). O corpo desnudado, “De acordo com preceitos e normas em vigor no grupo social onde se encontra inserido, é infantilizado, despido de toda a individualidade, forçado a assumir um dos papéis possíveis (doente ou saudável) ” (Duarte 2002:26).

O corpo do utente desnudado, possui também ele, uma personalidade intrinsecamente ligada ao mesmo, que se traduz numa individualidade, daí que seja um dever personalizar o corpo, pois caso contrário, são transmitidos cuidados impessoais.

Na nossa sociedade os aspectos culturais, as crenças religiosas, as tradições e os valores familiares não podem ser ignorados, pois estes influenciam a própria personalidade do indivíduo, a postura de não se apresentar despido e a forma como expressa a sua sexualidade.

Sendo assim, para um indivíduo, mesmo doente, estar despido pode significar desconforto e embaraço. “Afinal, culturalmente e no núcleo familiar, aprende-se que expor o corpo não é apropriado, relacionando-se implicitamente a nudez com sensualidade e sexualidade, comuns aos indivíduos, mas, de certa forma, reprimidas, de acordo com os padrões de comportamento vigentes na sociedade” (Pupulim, 2003:434).

Norbert Elias (2006) no seu livro, *O processo civilizacional*, refere que, na sociedade cortesã a vergonha de expor algumas partes do corpo é hierarquicamente condicionada. O desnudamento na presença de inferiores, por exemplo, do rei perante o seu ministro não está sujeito a qualquer severa interdição social, assim como o desnudamento do homem perante a mulher, socialmente mais fraca e, portanto, inferior. O desnudamento do superior não provoca sentimentos de inferioridade ou de vergonha, visto ser diminuta a sua dependência funcional dos que têm categoria mais baixa. Em contrapartida, o desnudamento do inferior perante o superior ou mesmo perante outros da mesma categoria, é entendido como sinal de falta de respeito, estigmatizado como infracção e, por isso, acompanhado de medo.

Cunha e Cunha (2002:64) menciona que “O corpo tapou-se com o progresso da cultura, ou seja, da espiritualização. Hoje o homem não mostra ordinariamente o seu corpo, e quando o faz é com receio, a não ser que tenha intenções de fascinar ou seduzir”.

No seu quotidiano, os indivíduos apenas expõem a sua nudez por livre e espontânea vontade perante pessoas que lhe são íntimas, geralmente, num local/ambiente mais afectuoso e resguardado. Mas, quando se encontra sob necessidade de algum cuidado de enfermagem, a sua nudez é observada e tocada, de diversas formas, por diferentes pessoas, que lhe são desconhecidas e cujo grau de intimidade é pequeno.

“(...) o esforço exigido pelo comportamento «correcto» é tão grande que, a par do autocontrole consciente, se consolida ao mesmo tempo, no indivíduo, um sistema de autocontrole automático e cego, que procura impedir, através de um muro de medos profundos, as infracções ao comportamento socialmente aceitável, embora, precisamente porque opera de maneira cega e por hábito, leve, muitas vezes, por via indirecta, a essas transgressões contra a realidade social” (Elias, 2006:623). O mesmo autor (p. 630), afirma também, que, “os medos que asseguram o comportamento socialmente «correcto» situam-se muito mais ao nível da consciência, não estão ainda, de modo algum, tão recalcados no chamado «íntimo»”.

Com frequência o corpo do doente é descoberto mais do que necessário. Este procedimento desumanizante, é sentido pelos doentes como humilhante conduzindo ao distanciamento do indivíduo-sujeito, assumindo por vezes a linguagem do medo, da vergonha e do pudor (Melo, 2005).

“O doente quando é internado vive de muito perto o medo e o pavor de ter de mostrar o seu corpo nu a olhares de estranhos. Despido fica numa situação de extrema pobreza, de desconforto e de embaraço. Por isso, a privacidade é uma necessidade natural e um direito do ser humano, indispensável para a autonomia do indivíduo” (Melo, 2005: 51).

A pessoa que possui um corpo doente, combate o pudor que dele se abarca, procurando “(...) disfarçar a dura relutância de ficar praticamente despido, completamente nu, tal como veio ao mundo diante de olhares estranhos e curiosos. Um corpo tocado pelo silêncio intolerável de uma vergonha que se pode avizinhar a qualquer momento sem pedir licença para entrar no pórtico da existência. O doente no seu corpo ameaçado pelo susto quebrado da nudez, torna-se imperceptivelmente mais rígido (...)” (Melo, 2005:37).

Será que no hospital o corpo não passa de um corpo desnudado, desagradável e desprovido de qualquer sedução?

Pouco tem sido discutido a questão da nudez, que é um factor a mais de stress e sofrimento para o utente, dificultando a sua adaptação ao meio hospitalar (Silveira, 1997). Lenardt *et al* (2007) no seu estudo *Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica*, conclui que a nudez foi apontada pelos idosos como causa de constrangimento, pelo desrespeito ao pudor. Por isso, é necessário que os enfermeiros falem entre si, sobre estes aspectos, de modo a tornar «facilitada» a relação enfermeiro-utente e contribuir para que o utente não se sinta sobre stress ou angustiado no meio em que está inserido.

Os profissionais de saúde devem saber ajudar o indivíduo a lidar com a perda de privacidade. Sendo assim, entende-se que esta preparação deve ter início na formação profissional, pela promoção de discussões sobre a nudez do utente, assim como dos inúmeros aspectos relacionados com a exposição e a invasão da intimidade durante a prática de cuidados de enfermagem. Acredita-se também, que tal empenho é um desafio para os formadores. O tema é complexo, subjectivo e de dimensão inesgotável. É difícil explorar toda a sua magnitude, pois diferentes são os modos de pensar, a prática nem

sempre é coerente com o discurso e cada situação é única, por envolver diferentes sujeitos (Pupulim, 2003).

1.4- O CORPO NO DOMÍNIO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros, de entre os profissionais de saúde, são seguramente aqueles que ao longo dos diversos cuidados de reparação e de manutenção da vida com mais frequência se aproximam da pessoa para dela cuidar (Lopes, 1995). Neste sentido, tem-se verificado uma atenção significativa pela compreensão da dimensão Corpo, parte integrante da pessoa.

O corpo, segundo Cavaco (2000:41) “é o objecto do nosso cuidado, contudo não se trata de um corpo inerte, sem vida ou sem personalidade, sem alma ou espírito (...)”. “(...) É algo de muito íntimo e o espaço mais privado de cada um de nós, que muitas vezes é «assaltado» pela pessoa do enfermeiro” (Novais, 2003:18).

De acordo com o mesmo autor (p.18), “o corpo é o «objecto» dos nossos cuidados, é o objecto da ciência de enfermagem, só que é um objecto muito especial, pois ele é a personificação da pessoa, é o reflexo de nós próprios”. Segundo Fernandes e Lopes (2002:4), “os enfermeiros, na sua prática quotidiana, prestam cuidados de enfermagem e de saúde que são veiculados pelo corpo a pessoas incapazes de se tratarem a si próprias, ou por não saberem, ou por não terem vontade de o fazer”.

Torna-se portanto, relevante, estarmos atentos à unicidade de cada corpo, às experiências de vida, ao seu passado e presente, aos seus valores e princípios morais, crenças e saberes, limitações e potencialidades (Cavaco, 2000). Pois, “o corpo é o veículo de encontro e objecto dos cuidados e, nesta relação, a compreensão da pessoa passa pelo entendimento, aceitação e estima que fazemos do seu corpo, pois este, é para ele único, particular, imprescindível, indescritível e por vezes incomunicável” (Lopes, 1995:41).

O corpo do enfermeiro assume também grande importância na interacção estabelecida com o cliente dos cuidados, como cartão de apresentação e como instrumento na prestação de cuidados. Pois, acreditamos que é através do próprio corpo do enfermeiro, do uso consciente de todos os seus sentidos que o cuidado de enfermagem existe e pode ocorrer, sendo que a linguagem do nosso corpo comunica

com o outro, mostrando os nossos sentimentos, vontade, intenções e mesmo aquilo que muitas vezes queremos esconder (Lopes, 1999).

Do encontro entre o corpo do enfermeiro e o do doente que nasce a confiança tão característica das relações de proximidade e que dá origem a um elo de ligação não só dos corpos, mas também das pessoas (Novais, 2003). E, porque o encontro enfermeiro/utente tem origem em contextos físicos em que a circunscrição territorial do doente é invadida, provoca inúmeras reacções, por vezes contraditórias, na pessoa do doente e do enfermeiro.

Esta visão é explicada por Watson (2002) quando refere que o próprio momento de cuidar nos cuidados de enfermagem, decorre das experiências dos intervenientes. O enfermeiro e pessoa que cuidam vão integrar essas experiências de tal modo que vão ter repercussões significativas para ambos.

Neste contexto, “o encontro e a proximidade física e emocional do enfermeiro com a pessoa que sofre, é geradora de sentimentos positivos que são geralmente úteis ao seu processo de recuperação, dinâmica esta que só acontece quando o enfermeiro se disponibiliza para o outro e quando o corpo do outro tem valor para ele” (Clarke & Wheeler, 1992, citados por Augusto *et al*, 2004:75).

Tendo por base o enunciado pela Ordem dos Enfermeiros de que, “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”¹⁴, facilmente percebemos que esta interacção “faz-se, em primeiro lugar, mediante o corpo; é o nosso corpo que afecta o modo como entramos em relação com a identidade das outras pessoas” (Renaud, 1998), levando à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem individualizados.

Sem o corpo como referência fundamental dos cuidados, a enfermagem tende a descentrar-se da pessoa. É urgente que o cuidar do corpo ganhe especial atenção por parte dos enfermeiros, pois cuidados de enfermagem, direccionados para a pessoa, vista como uma “doença” em que só o físico é valorizado e tem como objectivo apenas a cura, resultam num cuidado parcelar. Assim, quando um indivíduo é afectado nalguma das suas partes físicas do corpo ou apresenta alguma patologia que o torna debilitado em certas funções é importante que o enfermeiro quando lhe presta cuidados visualize e

¹⁴ Enquadramento conceptual- Ordem dos enfermeiros

procure conhecer todas as dimensões que poderão estar comprometidas. Para contrariar esta situação o enfermeiro deverá olhar para a pessoa como alguém que tem experiências de vida únicas e singulares e que as sente de forma própria, cujo corpo é por isso reflexo da pessoa.

Desta forma, é importante, a atitude assumida perante a pessoa que cuidamos, a atenção que prestamos ao seu corpo, sempre visto como parte do todo constituído por corpo, mente e espírito. “Cuidar do corpo do outro depende efectivamente da concepção que se tem de corpo (do seu corpo e do corpo do outro). Se o corpo for visto como mero reservatório de espírito e receptáculo e sustentação de funções fisiológicas, ou se, por outro lado é visto como identidade da pessoa, e estas concepções irão necessariamente condicionar posturas diferentes no cuidar” (Novais, 2003:19).

Por isso, a forma como ele é representado, estudado, conceptualizado, imaginado, projectado, e vivido pelos enfermeiros, determina o tipo de cuidados prestados” (Jodelet, 1984, citado por Fernandes & Lopes, 2002:5).

Importa lembrar que, “Durante anos, em especial nas grandes guerras, a enfermeira desempenhou um importante papel na manutenção da vida das pessoas, o que a «obrigava» a ter uma função essencialmente curativa” (José, 1999:25).

Nesse contexto, percebe-se existir uma separação entre corpo e mente, considerando-se absurdas as consequências psicológicas das doenças, estando a orientação dos enfermeiros centrada em problemas físicos, défices ou incapacidades, sendo a cura o objectivo máximo.

Contudo, segundo José (1999), na prática profissional actual, as enfermeiras percebem os cuidados de enfermagem numa dimensão em que doente e enfermeira são parceiros no processo de prestação de cuidados de enfermagem e não apenas de uma perspectiva curativa. A enfermagem está cada vez mais atenta e olha para a pessoa em todas as suas vertentes, sempre norteada pela dignidade inerente ao ser humano.

Desta forma torna-se importante pensar que o corpo não poderá ser considerado como uma máquina orgânica, um corpo objecto, mas antes como um corpo sujeito ou corpo que se é, diferente da soma das partes que o constituem, animado de uma vida particular, de uma vida de projectos, de uma interioridade.

Neste sentido, o corpo sujeito consigna-se cada vez mais central no acto de cuidar. “Organizar os cuidados em função do corpo sujeito corresponde a tomar a pessoa como referência ontológica fundamental da enfermagem (...)” (Gameiro, 2003:19).

Quando se fala de cuidados de higiene, é necessário ter em conta o envolvimento social e cultural que caracterizam o doente, pois também poderão condicionar esses cuidados porque é um ritual vivido de diferentes formas consoante a cultura em que estão inseridos.

Existem contudo, “bastantes provas que o modelo biomédico é o modelo em que muitos enfermeiros assentam a sua prática e os trabalhos de investigação em enfermagem relatam, frequentemente, como os enfermeiros continuam a considerar os doentes como seres físicos, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana (..) os objectivos de enfermagem são (...) dirigidos para a cura (...) os comentários sobre a enfermagem, de sociólogos (..) debatem a habitual atmosfera de rotinas e actividades estandardizadas e a obsessão dos enfermeiros em prestar cuidados físicos” (Pearson & Vaughan, 1986 *in* Bento, 1997:37)

Novais (2003:17) corrobora esta opinião quando refere que “a enfermagem mantém-se hoje ainda muito enraizada nos conceitos do modelo biomédico, onde o corpo é um corpo assexuado, feio e sem individualidade própria, ao qual são prestados cuidados por outros corpos com o mesmo conceito, e ainda em que o sentimento face ao corpo de que se cuida deve ficar escondido e não revelado, sob pena de não se ser bom profissional”. Esta visão redutora do corpo, reflecte-se negativamente na assistência ao doente, valorizando a doença e não a pessoa no seu corpo”.

Parece-nos assim, que o corpo é «um problema» no desenvolvimento da enfermagem a necessitar de sistematização porque, aos olhos de muitos enfermeiros, o seu corpo é visto como um veículo físico unidireccional de cuidados (do enfermeiro para o utente), sem haver um aproveitamento das suas outras dimensões. Da mesma forma que o corpo do doente é entendido apenas como receptor de cuidados físicos.

Por um lado, tem existido um discurso inflamado sobre a pessoa e a dignidade humana, por outro, o corpo é ainda o parente pobre da pessoa, sendo apenas o local de aplicação de técnicas, fonte do pecado e com prazo de validade. Não será, para muitos profissionais o corpo ainda visto de forma abreviada? Quantas vezes nos esquecemos de cuidar o corpo do doente como portador de espírito, alma, sentimentos e emoções?

Segundo Collière (1999) “Os cuidados de natureza técnica não exigindo demasiada competência, facilmente se multiplicam, arrastando o corpo para uma acção repetida de actos estereotipados, transformando o nosso corpo num produtor de cuidados/actos e o corpo do doente em objecto de cuidados, objectivando-o e manipulando-o, como se de uma máquina se tratasse” (citada por Augusto, 2004:71).

Contudo o nosso corpo não é um objecto, na medida em que não se encontra separado da consciência e do mundo. Nunca o utilizamos como coisa que nos é exterior pois somos o nosso corpo. O corpo de cada um será sempre moldado pela cultura onde nasceu e, mesmo assim, cada corpo será sempre mais do que expressão dessa cultura conquistando, pela consciência da pessoa, sua própria, única e inimitável identidade.

Assim, “o corpo como dimensão estruturante da pessoa, precisa libertar-se do silêncio a que tem sido votado e constituir-se num constructor teórico, norteador da formação e prática dos enfermeiros. Se não nos diferenciarmos pelos saberes mobilizados nos cuidados que o corpo da pessoa exige, paulatinamente afastar-nos-emos da área que sempre nos diferenciou nos cuidados de saúde: os cuidados ao corpo da pessoa” (Lopes, 2005:11).

CAPÍTULO III – DO CUIDAR NA INTIMIDADE À INTIMIDADE NO CUIDAR

1 – O CUIDAR NA INTIMIDADE: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NO CUIDAR A INTIMIDADE DO UTENTE

A palavra Intimidade, deriva do Latim *Intimus*, e significa a qualidade do que é interior e profundo, do que é íntimo, aquilo que existe de mais interior e profundo num ser (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

Em 1988, foi proposto por Muetzel (p. 98), um modelo de relação enfermeiro-utente caracterizado pela reciprocidade, intimidade e parceria. Neste, a intimidade, era descrita em termos gerais como algo próximo a níveis físico, psicológico e espiritual. Estas várias dimensões da intimidade (nomeadamente as físicas, psíquicas, sociais e espirituais) devem tentar ser percebidas de acordo com as várias necessidades do indivíduo. Deste modo, a intimidade pode assumir a forma psicológica, emocional e física (Mattiasson e Hemberg, 1998).

M. Moliner (1994) define intimidade como algo que se refere ao que é privado, à confiança familiar, ao foro interno, à interioridade da mente (...) é um valor oculto que tem que ver com a mente e os sentimentos de cada pessoa, é privada e exclusiva de cada um. Não se vê, não é tangível pelas outras pessoas (...)” (citado por Escribano, 1999). Para Netto “Intimidade é o que no ser humano o define como pessoa. É o ambiente interno, onde ao tomar decisões livres e íntimas eu escrevo a minha história de vida, única e irrepetível, onde defino minha biografia, que junto à minha biologia caracterizar-me-ão como pessoa” (Netto, 1999:93).

Numa outra vertente, Cunha e Cunha (2002:64) sugere que este conceito pode ser entendido através de duas perspectivas: a intimidade do corpo e a intimidade dos sentimentos. A primeira, relaciona-se, com todas as partes, que no quotidiano estão tapadas, nomeadamente as zonas íntimas que, muitas vezes têm de ser expostas aos profissionais de saúde. Por outro lado, a intimidade dos sentimentos, está intrinsecamente relacionada com os sentimentos experienciados pelas pessoas (angústia, medo, stress...), que são seus, e que por vezes, também chegam a ser “invadidos”. Sendo assim, a questão da intimidade física e psicológica relaciona-se com

diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a protecção e salvaguarda da privacidade (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Chagas (2007), acrescenta ainda que, “a nossa intimidade representaria, analogicamente, a nossa casa mental, interna, em que à semelhança da moradia, deixaremos entrar e participar dela aquelas pessoas seleccionadas por nós” e exemplifica-o da seguinte forma: consoante a amizade e a afectividade estabelecida com as pessoas, receberemos algumas na nossa sala, outras no nosso quarto, ou seja, comparativamente à nossa casa onde não entram e saem pessoas indiscriminadamente, o mesmo se passa com o nosso espaço interno – intimidade – espaço inviolável.

Tornando pública a sua intimidade, a pessoa vive e coloca-se fora de si mesma, perde todo o controle e domínio do que lhe pertence e lhe é próprio. Assim não se pode dizer que pertence a si mesmo, quem não preserva a sua intimidade (ibidem).

No quotidiano da prestação de cuidados, o enfermeiro, durante a execução de alguns procedimentos ou cuidados, expõe e invade a intimidade do utente, mesmo que adopte medidas para preservar a privacidade, demonstre consideração e respeito pelos seus sentimentos (Pupulim, 2003). Acções como a colocação de um catéter vesical, a prestação de cuidados de higiene e conforto, entre muitas outras situações, são disso exemplo. Importa não esquecer que cada indivíduo é único, e que por isso, o que para um pode não ser uma invasão de privacidade, assumindo que são intervenções necessárias e aceites como tal; para outro, pode causar desconforto ou angústia, induzindo sentimentos de incómodo, retracção e vergonha.

Tendo em conta o referido, a profissão de enfermagem sempre se conotou pela aquisição de competências para cuidar a intimidade, o que torna os seus prestadores de cuidados aptos para serem verdadeiros cuidadores do corpo.

No acto de cuidar e no respeito pela intimidade da pessoa, enquanto fundamento e finalidade de todo o agir ético deve ser respeitado o preceituado no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro¹⁵, o qual passamos a enunciar - atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;

¹⁵ Consultado a 20 de Junho de 2007. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No primeiro ponto deste mesmo artigo, consta que os conceitos privacidade e intimidade, podem ser considerados sinónimos, dizendo o primeiro respeito à pessoa e o segundo ao que é profundo, que constitui a sua essência.

A protecção de ingerência por terceiros, constitui-se também, como dever do enfermeiro, podendo o acto de intrometer-se e interferir indevidamente sem ser requerido, convergir, tanto no sentido positivo - aspecto legal (o direito à reserva sobre a intimidade da vida privada no artigo 80º do Código Civil) como no sentido punitivo - Código Penal - punido criminalmente com pena de prisão até um ano ou multa até 240 dias, sendo a divulgação, através de qualquer meio e com intenção de devassa, de factos ou circunstâncias inerentes à vida privada¹⁶ de alguém (ibidem).

Por outro lado, No segundo ponto do artigo 86º, está presente o dever de proteger a esfera da privacidade e da intimidade, o qual relaciona-se com o ponto n.º 11 da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (2005) que salienta “o doente tem direito à privacidade de todo e qualquer acto médico”, isto é, qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

Analisando os conceitos intimidade e privacidade, verificamos que as opiniões divergem, no sentido em que, umas aproximam-nos e outras estabelecem-lhe diferenças. Será então, que estes conceitos podem ser considerados sinónimos? Vejamos: a invasão da intimidade implica a invasão da privacidade, o contrário não se verifica, ou seja, quando se invade a privacidade de alguém, não se está necessariamente a invadir a intimidade. Tendo este ponto como consideração, pensamos que a intimidade estará relacionada com algo físico e corporal enquanto a privacidade, do latim *Privatus*, relaciona-se a um nível objectivo, significa pertença a alguém e representa um aspecto fundamental da liberdade e dignidade pessoal (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

Preservar o respeito pela intimidade do utente, tendo em conta a sua autonomia, individualidade, as suas escolhas e decisões verdadeiramente livres e autónomas é um imperativo ético no estabelecer de uma qualquer relação terapêutica de confiança. De

¹⁶ cada pessoa tem a sua própria noção de vida privada definida casuisticamente, pois provém das vivências pessoais, nomeadamente as afectivas, sexuais e familiares (artigo 86º do código Deontológico do Enfermeiro, disponível em www.ordemenfermeiros.pt).

acordo com Sousa *et al* (2004:136), “A salvaguarda da privacidade em actividades íntimas (tais como tomar banho) é indispensável à preservação do sentido de auto-respeito e competência social”.

O desrespeito pela intimidade pode ser entendido como uma invasão forçada, trazendo repercussões negativas que podem ameaçar o equilíbrio interno da pessoa (Neves, 2004). Esta situação ocorre inúmeras vezes na prestação de cuidados de higiene, quando o enfermeiro os encara apenas como uma simples técnica, cujo objectivo é deixar a pessoa limpa, não tendo em conta que cada utente é um ser único com as suas próprias crenças e comportamentos e, por isso mesmo, deverá respeitá-lo na sua forma de ser, viver, pensar e agir, sempre nos limites da sua autonomia. Os utentes que apresentam limitações no seu autocuidado, e que necessitam do auxílio do enfermeiro em determinados cuidados, vêem o seu corpo manipulado por outro - quem cuida - o que poderá tornar-se constrangedor.

Especificamente, face a uma situação de invasão de intimidade, a pessoa vive essa experiência num misto de comportamentos derivados não só da sociedade onde está inserida, como da sua cultura, não esquecendo o seu passado (vivências de internamentos anteriores, por exemplo) e as expectativas do futuro, mas também com o seu próprio sentir. Todos estes factores irão contribuir para que a invasão da intimidade seja vivida de um modo muito singular, devendo o enfermeiro tê-los presentes, pois ajudam a compreender as crenças e os comportamentos do utente.

De facto, “Quem cuida encontra-se com uma multidão de pessoas muito singulares. Estas pessoas, apesar das suas diferenças de ordem moral, cultural, de comportamento, religiosa, são respeitáveis. Quer elas sejam doces, rabugentas, violentas ou simpáticas, na qualidade de seres racionais, autónomos e sensíveis, elas têm um valor intrínseco que é o fundamento da sua dignidade” (Hesbeen, 2004:99).

Watson (2002), ao trabalhar os conceitos do cuidar transpessoal¹⁷ defende que a relação de cuidar encerra-se numa união com a outra pessoa tendo em conta o todo da pessoa e o seu estar-no-mundo, em que o cuidar tem início quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do outro e é capaz de sentir no seu íntimo as expressões de sentimentos do outro.

A interacção humana numa situação de cuidar desperta no enfermeiro sentimentos que transmite ao outro, quer, através de movimentos, quer pelo toque, sons,

¹⁷ Watson (2002) considera o desenvolvimento de uma relação de ajuda e de confiança um dos dez factores de cuidar.

palavras, cores e formas, possibilitando que o outro também os experimente. Esta dinâmica permite a criação de uma relação de ajuda-confiança entre o enfermeiro e o doente e torna-se de importância extrema, pois promove e aceita a “expressão de sentimentos positivos como negativos” (Watson, 2002). A percepção de intimidade e a sua linha limite permite à pessoa expressar o sentimento invasivo ou não, o qual varia de indivíduo para indivíduo. Como tal, também a forma como cada um se expressa em relação a essa “invasão” difere negativa ou positivamente, pois se para uns os sentimentos podem ser expressos de forma positiva, encarada como uma acção normal, fruto da prática de um e da necessidade do outro, já para outros, os sentimentos negativos da acção sobre a sua intimidade são expressos através da vergonha, do sentir-se mal, do choro, no sentido de uma aceitação forçada da acção do enfermeiro ou até mesmo, recusa desses cuidados. Na nossa opinião, cuidar pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, perceber como ele se mostra nos seus gestos e falas, inclinando-se diante da sua dor e limitação, conduzindo-o por um caminho que ele não é capaz de percorrer sozinho.

Em ambas as situações, ao enfermeiro pede-se coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz. Assim, a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado (Watson, 2002). Estes aspectos são primordiais no lidar com a intimidade do doente na medida em que permitem uma aproximação entre os intervenientes, quebrando ou minimizando possíveis “barreiras” existentes entre ambos.

A relação que se instaura entre um ser cuidador e um ser cuidado é sensível, próxima e exige uma certa implicação porque o enfermeiro tem em conta a verdadeira presença de si e a sua própria sensibilidade, bem como a presença do outro que é compreendida através do olhar, dos gestos e das palavras (Riout, 2001). Watson (2002) corrobora esta ideia ao afirmar que é através da percepção da “sensibilidade para consigo e com os outros”¹⁸ que o enfermeiro se torna capaz de decodificar a linguagem, observar e identificar situações em que a sua acção esteja a interferir na intimidade do doente, eliminando preconceitos e juízos de valor de forma a que se torne mais genuíno e autêntico, através da sua sensibilidade para controlar os seus sentimentos e detectar os sentimentos do outro. Para tal é necessário que haja um sentido de busca de informação, por parte do enfermeiro, através do olhar, da escuta, da interrogação, do toque, tornando inevitável a entrada no âmbito da intimidade relacional. Esta abordagem

¹⁸ Factor de cuidar transpessoal de Jean Watson

será facilitada se o utente se aperceber que existe uma atenção e aproximação do enfermeiro e que este reage de uma forma autêntica às suas confidências ou desejos (Watson, 2002).

Castro, Vaz, Catita e Cordeiro (2002) referem que o enfermeiro, na interacção com o outro, deve ser capaz de criar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e formular, sendo essenciais, o saber-fazer (capacidade de escuta, empatia, respeito, congruência, clareza) e o saber-ser (capacidade de análise das suas emoções, auto-actualização e tomada de consciência dos seus valores; aptidão para agir como modelo, altruísmo, sentido das responsabilidades e ética profissional).

As relações humanas baseiam-se no respeito pelo outro e na compreensão do que ele é e do que ele vive, reconhecendo a pessoa como alguém válido a quem se atribui importância. Será a partir desta premissa que se poderá estabelecer uma “relação de ajuda-confiança” pois tendo o ser humano a capacidade de sentir, é capaz de reconhecer as suas emoções e os seus sentimentos, assim como os dos outros. Desta forma permite-lhe manifestar empatia e actuar de forma que o utente se sinta compreendido (Watson, 2002). A relação enfermeiro-utente é um processo que se vai desenvolvendo e crescendo de intensidade à medida que o conhecimento e a interacção entre os dois acontece, e só assim a confiança entre ambos se vai consolidando, tornando a capacidade de ajuda do enfermeiro mais eficaz. Estes aspectos ganham relevância quando falamos do cuidar da intimidade do doente, pois quando se trata de um aspecto tão pessoal e de cariz tão profundo, podemos afirmar que, se a relação de confiança pré-estabelecida for sólida, muitas das barreiras que os opõem poderão ser quebradas, facilitando assim a “entrada” do enfermeiro no seu campo íntimo e para o doente torna-se menos agressivo.

Tanto os enfermeiros como os utentes põem em prática na relação os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta, utilizam portanto, capacidades cognitivas, afectivas e psicomotoras que lhe permitem estabelecer um intercâmbio e articulação entre os dois intervenientes objectivando-se, acima de tudo, uma participação activa do cliente (Riley, 2004). Pretende-se dar-lhe a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar, de forma que tudo explore e compreenda a situação problemática para depois poder verbalizá-la, descrever as suas emoções e, por fim, agir de acordo com a mesma.

No entanto, os enfermeiros na sua prática quotidiana, prestam cuidados de enfermagem e de saúde que são veiculados pelo corpo a pessoas incapazes de se

tratarem a si próprias, ou por não saberem, ou por não terem vontade de o fazer (Henderson, 1962). O indivíduo dependente, parcial ou totalmente, auxilia-se da equipa de enfermagem para suprir várias dessas necessidades. Assim, ao considerarmos o enfermeiro, o profissional que permanece mais tempo ao lado do utente, este deve ser o facilitador na promoção do seu bem-estar, conduzindo-o às melhores formas de enfrentar os seus constrangimentos, decorrentes da prestação de cuidados à intimidade. Por outro lado, estes cuidados produzem no enfermeiro e utente situações de incómodo, principalmente quando ainda não foi estabelecida uma relação de ajuda.

Referindo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE)¹⁹, observamos que consagra, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação para os cuidados de enfermagem:

- Fazer por substituir a competência funcional em que o utente seja totalmente incapacitado;
- Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.

Desta forma, importa reflectir sobre dois aspectos defendidos na teoria de Jean Watson, que complementam a ideia atrás enunciada, articulando o “ensinar-aprender transpessoal” com “o dar e receber” no sentido de permuta, em que aquele que mais necessita recebe do outro. Quando nos referimos a estas “trocas” queremos dar ênfase não só ao papel que cada interveniente desempenha, mas também à dinâmica que os envolve em que existe uma reciprocidade constante. Se o enfermeiro lida com a intimidade do doente, ao mesmo tempo está a expor e a oferecer-lhe a sua própria intimidade. E, se em determinados momentos o utente é o receptor e alvo das mudanças

¹⁹ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt. Consultado a 20 Junho de 2007.

positivas no seu bem-estar, existem outros em que também o enfermeiro beneficia e cresce com essa aprendizagem.

Em termos práticos, se o enfermeiro optar por estabelecer uma relação mais distante com o utente em que a informação circula apenas de forma uni-direccional ou evitando a busca de informação sobre aspectos particulares, em que o toque mais próximo do doente são as grades da cama, em que as palavras de apoio não permitem ao doente expressar as suas emoções mais profundas, ou efectua apenas os cuidados rotineiramente, o risco de invasão da sua intimidade diminui, no entanto, estamos perante uma “relação frágil” que torna o papel do enfermeiro reduzido, e produz poucos efeitos na evolução da situação clínica do doente.

Não existe cuidar sem se estabelecer uma relação de ajuda, pelo que Collière (1999:385), afirma que a relação interpessoal enfermeiro/utente “é fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos, avaliando a ajuda a prestar, enquanto contribui também para revitalizar os cuidados técnicos e para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação”. A mesma autora acrescenta que, “a aproximação relacional persegue um duplo objectivo: conhecer melhor a pessoa tratada, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional dos cuidados, mas como um sujeito, e ter uma acção terapêutica” (Collière, 1999:149).

Esta proximidade, se para o enfermeiro é uma via de acesso a informação e dados que lhe permitem prestar cuidados individualizados, também o é para o utente, uma vez que se encontra num ambiente estranho e, muitas vezes debilitado, sentindo-se carente de afecto ou simplesmente procurando o apoio de um enfermeiro. Para além da eficácia técnica dos serviços de saúde, o utente espera ser escutado, sentir que lhe prestam a atenção devida, e que existe uma pessoa que o compreende e que lhe presta cuidados de saúde de excelência técnica e humana.

Os cuidados prestados ao doente assentam em princípios e valores, sendo a dignidade humana o verdadeiro pilar de todas as decisões e intervenções (Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78)²⁰.

Acreditamos que, preservamos a dignidade da pessoa quando respeitamos a sua individualidade, a sua autonomia e a sua liberdade de escolha, mas quando falamos da intimidade do utente espera-se também dos enfermeiros, comportamentos que defendam a dignidade do ser humano. Neste sentido, Waldow (2001), afirma que, sendo a nudez,

²⁰ Consultado a 10 Dezembro de 2007. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

parcial ou total, indispensável em diversas actividades referentes ao acto de cuidar, torna-se imprescindível respeitar e manter a dignidade humana, uma vez que o indivíduo “torna-se objecto de manipulação”. Pois, a dinâmica que envolve a interacção com o doente num contexto de saúde/doença apresenta-se como um conjunto de atitudes terapêuticas com o principal objectivo de contribuir para o restabelecimento do indivíduo, enquanto que, num ambiente social, são consideradas invasivas, e, como tal, espera-se dos enfermeiros comportamentos e atitudes que defendam a dignidade do doente (Lopes, 2006).

O respeito é a base da relação entre quem cuida e quem é cuidado, permitindo a quem cuida reconhecer a dignidade de cada pessoa doente, a qual continua presente mesmo quando a doença e o sofrimento aparentemente a ocultam (Botelho, 2004). De facto, o respeito pelo outro, será talvez a premissa fundamental para que esta relação profissional, e necessariamente humana, resulte numa experiência gratificante para ambas as partes. Botelho (2004:10) acrescenta que “O respeito é uma atitude ética fundamental que tem a sua máxima expressão na forma como o profissional de saúde se mostra presente”. Estar presente, segundo Levinas, citado por Botelho (2004:10), é afirmar “«Eis-me aqui» quando o outro se me dirige perguntando «onde estás tu?»». Ser presente, significa que o profissional de saúde não está só presente física e mentalmente, mas que está conscientemente, intencionalmente e eticamente presente”. De acordo com Watson (2002a), na identificação dos diferentes modos do enfermeiro estar presente, considera-se: a presença física - que implica verdadeiro contacto corpo-a-corpo: ver, examinar, tocar, fazer, ouvir, abraçar, muita da rotina ocorre a este nível; a presença psicológica - que implica uma intenção consciente para estar disponível, comunicar, escutar, aceitar sem julgar; a presença terapêutica - intimamente alinhada com a consciência de cuidar e implica atenção, intencionalidade, abertura, comunhão, amar, conexão, isto é, presença transpessoal.

Considerando que os enfermeiros têm “permissão” para interagir, tocar e “invadir” os espaços corporais privados, é necessário ter em conta que existem regras de conduta humana transmitidas socialmente que são cumpridas sob pena de se ser um transgressor (Mauss1950/1999, Morris 1967/1997). Com o intuito de contrariar esta tendência, a enfermagem tenta preservar a intimidade e a privacidade dos doentes utilizando biombos, que já em 1906, Léonie Chaptal, usava para proteger o doente de correntes de ar, e cobrir partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento, cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento e solicitando que familiares/visitas se retirassem do quarto/enfermaria ao realizar um

cuidado, caracterizando essa tentativa de protecção como um gesto humanitário e de respeito.

Contudo, determinadas visitas são pessoas muito próximas, com um grau de intimidade bastante estreito (cônjuge, filhos, pais, amigos...), às quais o próprio não tem dificuldade em expor-se. Sob o ponto de vista do utente, será que o enfermeiro não actuará de uma forma mais correcta se integrar esse elemento na prestação de cuidados? Quem é afinal o cuidador mais estranho ao utente: o familiar ou enfermeiro?

Na nossa opinião, o contacto do utente com a família, “unidade familiar, que representa um grupo de indivíduos que vive junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem e uns aos outros” (Jenkins, 2004 citado por Rice, 2004:49), em meio hospitalar, mostra-se benéfico, minimiza sentimentos de desamparo, transmite-lhe segurança, protecção e afecto, tornando o ambiente mais humanizado.

Uma intervenção poderá ser vista como um atentado ao pudor, se a acção não se fizer acompanhar de mensagens de ajuda (Coutinho & Ferreira, 2002). A comunicação ao utente de todas as intervenções efectuadas e a interrogação sobre o seu conhecimento relativo a aspectos que lhe são inerentes, permitem-lhe uma preparação prévia para os procedimentos que lhe vão ser efectuados, o que influencia na forma como o próprio vivencia cada acção do enfermeiro na manipulação do seu corpo e da sua intimidade. Na prestação de cuidados, o enfermeiro, ao lidar com a intimidade do doente deverá ter em atenção, a forma como desenvolve a sua acção, pois poderá, sem se aperceber, ultrapassar os limites da área íntima da pessoa. Sendo assim, torna-se “(...) necessário desnudar e tocar numa perspectiva de apaziguamento, de investigação e de cuidado, respeitando os limites e pudores do outro; dispendir o tempo necessário para se questionar tocando, para observar reflectindo, para acumular as informações, as intuições para adoptar uma atitude e uma estratégia que serão incessantemente a questionar e a renegociar com o outro” (Hesbeen, 2004:94-95).

“Cuidar não é, todavia, uma atitude passiva, um acto que implica tomar do outro um pequeno pedaço que este último nem sempre está disposto a ceder; não existem cuidados sem um mínimo de intromissão, de influência exclusiva sobre a pessoa. A pessoa de quem se cuida encontra-se, por vezes, num estado de dependência tal que não tem escapatória possível. É da responsabilidade do cuidador «dar» com delicadeza e respeito, sem curiosidade malévola apenas numa perspectiva de cuidar” (Hesbeen, 2004:93). Para isso, quem cuida terá que se aproximar, observar, tocar e informar-se,

pois a forma de aproximação influenciará a onda de angústia sentida pelo outro e a sua confiança futura. Apresentar-se à pessoa será uma das formas de aproximação e revela-se “a regra mais simples da vida em sociedade, mas é tanto mais importante quando sabemos que a pessoa cuidada nem sempre solicita a nossa presença, pois encontra-se absorvida num universo, cujos códigos não domina. A primeira impressão e o rol de impressões que a irão acompanhar serão as primeiras garantias para um cuidado de qualidade. A forma como se encara o outro também faz parte dos cuidados. O estado de espírito e as intenções que ele transmite não irão escapar à pessoa cuidada à espera de qualquer informação que retirará também do modo como o cuidador a olha, da entoação de sua voz, da pressão da sua mão” (Hesbeen, 2004:94). Além disso, “Aquele que cuida deve dar atenção à linguagem do corpo. Cada gesto, cada mímica, cada postura são de igual forma sinais que lhe irão permitir compreender o outro e estabelecer com ele uma ligação. Ele responde assim através da sua própria presença física, total, da qual não poderá livrar-se para que o encontro aconteça” (Hesbeen, 2004:95).

Compete aos enfermeiros estar atentos aos pequenos gestos e actos expressos pelo doente: os sorrisos, as brincadeiras para estabelecer contacto e sentir-se ouvido, o estender o braço como pedido de ajuda ou de agradecimento, um apertar de mão mais forte a pedir a presença de alguém, uma expressão de desagrado causada pela dor que sente, o silêncio, as lamentações, a farsa triste, os suspiros, as lágrimas de alegria por estar com alguém que gosta, o estar encolhido em posição fetal como sinal de ansiedade ou medo. Ao observar as reacções dos utentes quando sentem a sua privacidade ameaçada, ou mesmo invadida, percebem-se sentimentos como constrangimento, vergonha, embaraço, revolta. Por outro lado, demonstram satisfação e agradecimento através de expressões corporais ou verbais ao sentirem-se mais seguros, quando se colocam biombos durante a higiene corporal no leito ou mesmo quando a sua situação clínica não é partilhada com os demais utentes da enfermaria. Isto acontece quando o respeito e a confiança são recíprocos nas relações entre enfermeiro-utente, condição necessária para o cuidado, e uma obrigação moral para quem, de algum modo, é responsável pelo bem-estar do outro (Pupulim, 2002:s/p).

Pelo atrás referido é importante que o enfermeiro desenvolva a capacidade de descodificar a linguagem do corpo, tendo em conta que este é produto de uma entidade enquadrada num meio envolvente, influenciada pelo passado vivido com representações e desejos futuros (Lopes, 1999), de modo a conhecer com maior profundidade o outro e fazer a diferença no acto de cuidar, pois o corpo é uma entidade comunicativa e, como tal transmite informações do “eu”: os sentimentos, as emoções, as vontades, as intenções, mesmo que, por vezes, não se queiram demonstrar.

A rotinização dos cuidados que transforma os prestadores de cuidados em técnicos especializados que passam de cama em cama para fazer o que está previsto no plano de trabalho bem como, o aumento do número de elementos que entram em contacto com o utente; a não utilização de biombos e resguardos; a exposição corporal desnecessária, faz-nos questionar: como vivenciam os utentes a sua exposição corporal? Que estratégias utilizam os enfermeiros na prestação de cuidados, tendo em conta, as formas de pensar, valores e experiências íntimas dos utentes? Conseguirá o enfermeiro respeitar o seu espaço de intimidade? Infelizmente, os profissionais habituados a realizar os procedimentos conforme a rotina de trabalho estabelecida, muitas vezes não percebem o quanto esta sequência de actos e procedimentos pode ser agressiva para o utente e, principalmente, para a pessoa idosa (Lenardt *et al*, 2007).

A despersonalização que surge com a hospitalização, procedimentos e tratamentos íntimos relacionados com a mesma, contribuem para a constante invasão à privacidade da pessoa pelos profissionais de saúde; este processo, gerador de desarmonia interna, é anulado ou, pelo menos, diminuído quando, através dos cuidados de Enfermagem recebidos, se reconhece o outro e se lhe dá o direito de ser pessoa única.

Não nos podemos esquecer que, o género pode influenciar as relações a nível hospitalar. Deste modo, será que existem implicações das várias combinações de género, na relação enfermeiro-utente?

Ide (1984), na sua dissertação de mestrado, *O paciente de UTI²¹ e a percepção dos cuidados de higiene corporal*, constatou que, sentimentos como a vergonha, foi o mais referido, seguindo-se a dor e o desconforto. Verificou também que as mulheres sentem mais vergonha do que os homens e que nos utentes com mais de 60 anos este sentimento é predominante (*in* Pupulim, 2003).

Bolander (1998) menciona que “Estudos precoces de investigação indicaram que os homens eram mais ansiosos acerca da intromissão territorial do que as mulheres e que pessoas com limitações físicas estavam mais preocupadas com a intromissão territorial que as que as não tinham”. Entende-se como território, o espaço privado que nos rodeia, no qual satisfazemos as nossas necessidades de segurança, realização e identidade. Inclui o espaço físico, o próprio corpo, informação sobre si e seus bens. Sendo assim, cada pessoa identifica uma área como sendo sua e defende esse território da intromissão dos outros.

²¹ Unidade de Terapia intensiva.

Pupulim (2003:77-78), refere que, existe preocupação com a condição de género em enfermarias determinadas para o sexo masculino e para o sexo feminino e denota-se despreocupação com o género do cuidador em relação ao utente no quotidiano da prestação de cuidados. Observa-se com frequência cuidadores do sexo oposto realizarem cuidados e procedimentos, não se reconhecendo, por parte dos utentes, o direito de opinar e interferir, de acordo com a sua preferência.

Pupulim (2003:77-78) defende também que a manipulação corporal implica contacto físico, tocar o corpo do outro, olhar, sentir, gerando uma relação de proximidade e intimidade. A maioria dos utentes não está preparada para esta proximidade, alguns nem mesmo a admitem, especialmente se o cuidador for do sexo oposto.

Kadner (1994:s/p) diz-nos que enfermeira com doente mulher parecerá ser a combinação mais provável para acontecerem interacções íntimas. Todas as outras combinações de género parecem levar todos os seus próprios problemas para o desenvolvimento da intimidade. Os enfermeiros homens poderão estar suficientemente sensibilizados para a necessidade de abertura de diálogo com doentes femininos e masculinos, mas é algo ainda pouco analisado. Os enfermeiros continuam a reconhecer as necessidades de intimidade para compreender as necessidades dos seus doentes, apesar de esta estar também ligada, sistematicamente às diferenças de géneros.

Sendo assim, quando se pretende estabelecer uma relação mais próxima ou quando é necessário abordar aspectos mais íntimos do doente, as diferenças de género tornam-se, diversas vezes, numa barreira para atingir esses objectivos. Ao cuidar de um individuo do sexo oposto, o contacto de pele com pele, o toque e o olhar abrem caminho à emoção, emoção essa que oscila entre o prazer e a repulsa, sobretudo quando se trata do contacto carnal na prestação de cuidados de conforto ou aliviar a dor, em que se permite a satisfação de um determinado prazer, restringe-se ao estritamente necessário ou até se calçam luvas todas as vezes que se estabelece contacto. O que certamente não aconteceria quando se prestam os mesmos tipos de cuidados a pessoas do mesmo sexo (Vérani, 2001).

Embora possa existir a tentativa de ultrapassar esta barreira de ambas as partes, há um fosso que a dificulta devido ao tabu sexual, que por um lado provoca mal-estar e incómodo para o utente, e por outro, instala o pudor e o receio no enfermeiro.

Desta forma, julgamos que, a diferença de sexo, entre enfermeiro e utente é factor inibidor face à necessidade de exposição e manipulação do corpo, tornando-se mais nítido aquando dos cuidados às zonas íntimas.

Concluída esta reflexão fica colocado o desafio: importa repensar a nossa prática para que a visão dos enfermeiros se alie ao projecto pessoal dos doentes.

1.1 – CUIDADOS DE HIGIENE: O BANHO NO LEITO

Segundo Collière (1999:237), “Os cuidados quotidianos e habituais ou cuidados de sustento e manutenção da vida: care representa todos esses cuidados permanentes e quotidianos que não têm outra função para além de sustentar a vida (...)”. Representam o agregado de actividades como, comer, beber, eliminar, lavar-se, mexer, deslocar-se, “(...) bem como tudo o que contribui para o desenvolvimento da vida do nosso ser, construindo, mantendo a imagem do corpo, estimulando as trocas com tudo o que é fundamental à vida (...)” (ibidem:238).

Higiene - *hygeinos* - significa em grego, o que é são. Deriva da deusa Hygieia, reverenciada em Atenas como protectora da saúde e bem-estar orgânico (limpeza e sanitariedade). “O termo «higiene» remete-nos também para a noção de aparência: vestuário, acessórios. Encontramos nesta palavra uma certa procura da beleza, do agradável à vista” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:152).

O termo admite vários adjuntos adnominais que o complementam e expandem o seu significado: higiene colectiva, higiene mental, higiene profissional, higiene pública, higiene social, higiene da habitação, higiene da alimentação, higiene corporal, entre outros.

A higiene corporal será o foco da nossa atenção neste capítulo.

Vigarello (1988), no seu livro *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*, aborda que a higiene corporal foi sendo, gradualmente, deslocada do espaço público para o privado, tendo como suporte as regras culturais e conhecimento científico específicos de cada época. Refere ainda que, “A higiene, na sua forma mais antiga, é aquela que se refere, exclusivamente, às partes visíveis do corpo: o rosto e as mãos. Ser asseado, é cuidar de uma zona limitada da pele, a que emerge do vestuário, a única que se oferece ao olhar” (ibidem, p.177).

Bolander (1998:1079), corrobora Vigarello ao referir que, “Ao longo da história, as práticas de higiene têm sido influenciadas pelas normas sociais, rituais religiosos, meio ambiente (por exemplo, a disponibilidade de água para o banho), e a evolução dos meios auxiliares da higiene (banheiras, sabão e aparelhos eléctricos tais como secador de

cabelo e máquina de barbear)” e que habitualmente são baseadas na cultura e costumes, não em conhecimentos científicos, sendo que, conforme os hábitos e atitudes se tornam bem estabelecidos, resistentes à mudança.

Segundo Collière (2003:6), “Os denominados «tarefas de higiene» ou «cuidados de enfermagem» (...) são considerados como «evidentes», «dependentes da consciência profissional», «secundários», «acessórios» ou «sem interesse», em comparação com os «actos técnicos»”. Além do mais, os cuidados ligados à satisfação das necessidades básicas do corpo sempre foram vistos como demasiado simples, não carecendo de saberes.

Parece-nos que, no hospital, permanece o entendimento dos cuidados de higiene numa perspectiva de acessório, em que se valoriza a tarefa quando importa iluminar o essencial na prática dos cuidados que lhes dá sentido para cada pessoa.

Hesbeen (2001) denomina os cuidados relativos, por exemplo, à higiene, à alimentação e ao conforto da pessoa como cuidados “de base”. Estes cuidados, bem como o que eles significam para a intimidade da pessoa proporcionam à enfermagem uma relação privilegiada com o corpo, que não pode ser negligenciada. E, porque conduzem ao contacto directo com a intimidade do corpo, continuam a ser afectados pelos estigmas do passado, onde o corpo é dissociado do todo do ser vivo como ser que sente, que res sente, afectivo, pensante, pelo e com o corpo e, por isso, considerado tabu, equívoco e vulgar. Sendo assim, os cuidados de higiene são o momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o utente, na medida em que o seu corpo desnudado fica exposto aos olhos dos profissionais de saúde, podendo sentir-se desprotegido e com manifestações e expressões físicas e emocionais mais genuínas.

Segundo Dias *et al* (s/d), a higiene corporal é uma necessidade humana básica da maior importância, tanto para pessoas saudáveis, como para pessoas doentes que necessitam de repouso absoluto, ou seja, que não têm capacidade de mobilização. Hesbeen (2000) considera que os cuidados de higiene, serão acessórios enquanto técnica de cuidados, se o seu objectivo está relacionado com o tornar o doente limpo, contudo, essenciais quando, partindo do acto de higiene do corpo, visam contribuir para o bem-estar da pessoa, procurando que os cuidados de higiene ganhem sentido para ela, na sua vida. Os cuidados de higiene, tal como todos os cuidados de enfermagem, baseiam-se numa avaliação inicial das necessidades e preferências do utente, a qual conduz ao estabelecimento de objectivos individualizados. Alguns objectivos dos cuidados de higiene incluem, segundo Bolander (1998):

- Conforto e relaxamento (p. ex., sentir-se fresco e relaxar músculos tensos);
- Estimulação da circulação (p. ex., massagem e fricção);
- Limpeza (p. ex., remoção de tecido necrosado, microrganismos e secreções);
- Melhorar a auto-imagem (p. ex., remoção de odores desagradáveis, melhorar a aparência);
- Tratar da pele (p. ex. limpando, estimulando a circulação, hidratando).

Desde os tempos de Hipócrates até à actualidade, o banho tem sido usado como uma ferramenta eficaz para renovar e reavivar os nossos corpos. Porque o acto de tomar banho carrega importantes benefícios para a saúde e bem-estar, o banho de chuveiro e o banho de imersão devem ir além da típica função do dia-a-dia de apenas servirem para os cuidados de higiene pessoal para serem usados principalmente com o intuito de promover o bem-estar (Asid & Renegar, 2003). O banho como uma experiência de bem-estar deve evocar sentimentos de bem-estar físico, emocional e a alguns níveis espiritual. O banho estimula a actividade física através do movimento e pode fornecer um sentimento de independência e autoconfiança e satisfação com a higiene diária (Asid & Renegar, 2003). Aumentando o sentimento de contentamento e equilíbrio positivo, o banho pode ser usado como um estímulo para o bem-estar emocional e espiritual saudáveis.

Na Idade Média o banho não tinha como finalidade a limpeza; o asseio que importava era o do rosto e das mãos, eliminando assim, a sujidade das partes visíveis. A aparência prevalecia em detrimento das razões sanitárias.

Os banhos públicos e as estufas, constituíam na Idade Média, locais de prazer, isto porque, para além de preocupações termais, as suas práticas eram misturadas com as das tabernas, bordéis e casas de jogo. Neste sentido, o erotismo do banho prevalecia sobre a lavagem. “Lavar o corpo passou de um acto colectivo (banhos em grupo na antiguidade), a uma prática íntima, higiénica, nos nossos dias (SFAP- Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:152).

Todavia no século XVI, o asseio não estava relacionado com a lavagem, mas antes com o tratamento, dado aos «panos» do corpo, diferenciação entre vestuário exterior e interior, gradação entre tecidos finos e tecidos grossos e mudança mais frequente dos tecidos em contacto com a pele (Vigarello, 1988).

No século XVII, um corpo após o banho era considerado, uma massa invadida pelo líquido, abalado por repleções e dilatações: invólucros porosos, carnes

impregnadas. O banho contém riscos, uma vez que, a água ao infiltrar-se na pele, a torna totalmente «aberta» a contágios.

Pelo contrário, no final do século XVIII, considerava-se que a limpeza libertava e reforçava, contudo era necessário utilizar uma água que revigorasse e endurecesse. Não bastava somente a mudança de roupa, devendo a pele ser atingida por um líquido que atingisse as zonas cobertas pelo vestuário. “(...) ser asseado, é proteger e reforçar o corpo. A limpeza assegura e alimenta o bom funcionamento das funções. As razões são fisiológicas. Papel energético da pele, constrangimento obstrutor da sujidade, ameaça das matérias putrescíveis, tornam-se o horizonte teórico das abluções e dos banhos. Os alarmes microbianos constituem um ponto último: é preciso lavar para melhor defender” (Vigarello, 1988:179).

No início do século XIX, o termo higiene já não é o adjectivo que qualifica a saúde mas o “conjunto dos dispositivos e dos saberes que favorecem a sua conservação. É uma disciplina particular no seio da medicina. Trata-se portanto, de um conjunto de conhecimentos e já não de um qualificativo físico” (Vigarello, 1988:134).

No século XIX surgiu a utilização de sabão no banho associado a água quente e esfregaços, que segundo Florence Nightingale promovia limpeza. Na sua visão, o banho não significa apenas limpeza, mas também, o tornar “puro”, “purificar”, promovendo conforto e alívio do utente de forma a favorecer o seu restabelecimento físico ou a manutenção da sua saúde. Esta autora priorizava a higiene do corpo e do ambiente como medidas para a promoção e manutenção da saúde, princípio bem arraigado na formação em enfermagem. O conceito limpeza, para além de outros conceitos: ventilação, calor luz, dieta, barulho, é um componente fundamental da teoria ambiental de Nightingale. Relativamente a este conceito Nightingale defendia que “um ambiente sujo (chãos, carpetes, paredes e roupa de cama) era fonte de infecção, através da matéria orgânica que continha. Mesmo que o ambiente fosse bem ventilado, a presença de matéria orgânica criava uma zona suja; conseqüentemente, era necessária a manipulação e disposição adequadas das excreções corporais e despejos para prevenir a contaminação do ambiente” (citado em Tomey & Alligood, 2004:77). Referia também que se devia “dar banho aos doentes com frequência, até mesmo diariamente, numa altura em que esta prática não era norma. Além disso, ela exigia que também as enfermeiras tomassem banho todos os dias, que a sua roupa estivesse limpa e que lavassem as mãos com frequência” (ibidem). Argumentava que a pele sem ser lavada «envenenava» o utente, por isso lavá-lo e secá-lo proporcionava-lhe uma grande alívio.

No início do séc. XX as enfermeiras aprenderam todas as técnicas de dar banho que estavam em moda na altura – banho completo, banho parcial, banho sentado, banho turco, banho russo, lençol, sal, mostarda, vapor. O banho deveria fazer parte do processo de cura. Desde aí, o banho, que começou como uma terapia, por vezes limita-se a uma tarefa necessária, muitas vezes despersonalizada, uma rotina, por vezes, prejudicial (Dunn, Thiru-Chelvam & Beck, 2002).

Na realidade, o banho é um verdadeiro cuidado e um acto que a pessoa efectua por si só; quando isso não acontece há uma necessidade de ajuda e, portanto, ocorre uma inter-relação entre quem é cuidado e quem cuida, podendo existir uma invasão da intimidade e privacidade da pessoa. De acordo com a SFAP- Colégio de Cuidados de Enfermagem (2000:152), “é preciso distinguir lavar-se» de «ser lavado», dois actos tão diferentes pela sua natureza: um é activo («eu lavo-me»), o outro é passivo («eu sou lavado»). As vivências que daí decorrem são muito variadas, agradáveis ou desagradáveis, ou até mesmo dolorosas...”. Assim, o banho é um acto de atenção e de ajuda à pessoa, estando os enfermeiros envolvidos na vida íntima da mesma, fazendo publicamente à pessoa doente aquilo que cada uma saudável faria a si própria privadamente (Coutinho & Ferreira, 2002). Torna-se por isso, de extrema importância respeitar a dignidade, intimidade e individualidade das pessoas em momentos cruciais da vida, nomeadamente numa situação de doença e de dependência, pois a perda da autonomia, mesmo que seja temporária, resulta em grande sofrimento.

Saliente-se que o enfermeiro, durante o banho, deverá ter a capacidade de ir ao encontro do outro, construir laços de confiança e junto do mesmo constituir os alicerces dos cuidados. O banho não deve ser visto como uma simples técnica, com a finalidade de deixar a pessoa limpa. Aquando do mesmo, é necessário que os enfermeiros o executem com a intenção de cuidar, uma vez que quem cuida é também aquele que transforma cada acto, por mais simples que seja, num verdadeiro cuidado, não só com significado para quem cuida, mas principalmente, para quem é cuidado (Coutinho & Ferreira, 2002). Sendo assim, “(...) não se pode fazer relacionamentos como se fazem actos técnicos ou gestos isolados. Este fazer indica um corte, uma separação entre o indivíduo e os actos que lhe são dirigidos. (...) Criar relacionamentos com a pessoa para a acompanhar e caminhar com ela. Isto salienta de novo que o cuidar não é a soma de acções fragmentadas, uma delas técnicas, outras designadas básicas, outras educativas e outras, ainda, relacionais. Quando um profissional se aproxima da cabeceira de um doente apenas para executar gestos, deixando para outros a dimensão relacional ou adiantando-a para outra altura, a perspectiva do cuidar não existe” (Hesbeen, 2001:42).

Infelizmente, segundo Mercadier (2004:227), “As higiènes, na medida do possível, são «delegadas» nas auxiliares. São, muitas vezes, feitas a duas: assim, enquanto falam uma com a outra, esquecem o indivíduo-sujeito para apenas se ocuparem da higiene de um indivíduo-objecto”. No caso de estarem presentes dois enfermeiros na prestação do banho no leito, o paciente não deverá nunca ser excluído. É importante que o enfermeiro se comprometa numa conversa apropriada com o cliente. A discussão de assuntos pessoais entre os enfermeiros e falar sobre os pacientes deve ser evitado. Muitos clientes aproveitam esta oportunidade para terem pequenas conversas com os enfermeiros a fim de reduzir o embaraço (Downey & Lloyd, 2008).

A comunicação antes, durante e após os cuidados de higiene pode contribuir para o relaxamento do utente e facilitar uma interacção natural durante este procedimento. Augusto, Paixão, Barreto e Rodrigues (1998), concluíram no seu estudo que 25% dos enfermeiros não informa os cuidados que vai prestar, mas é de salientar que 58% dos mesmos procedem à referida informação. Durante a prestação de cuidados de higiene, constataram que 25% dos enfermeiros não explica os cuidados que vai prestar. No entanto, 17% aproveita todas as oportunidades para explicar o procedimento que vai efectuar. De salientar que 50% dá indicações ao doente de como colaborar nos cuidados.

Relativamente à necessidade de colaboração do doente, 42% dos enfermeiros dizem o que pretendem, embora mostrando pressa. 25% pede ao doente que colabore, explicando como e usando “o vamos fazer”. Referente à atitude do enfermeiro, no final da prestação dos cuidados de higiene, 33% indicam que o enfermeiro conversa mas não pergunta se está confortável. Na nossa opinião, talvez esta atitude se concentre na ideia de que os cuidados de higiene são geralmente pouco valorizados pelos enfermeiros, que os acham pouco gratificantes, por vezes, sujos e repugnantes.

Carapinheiro (1993) relata um testemunho de uma enfermeira, que compara, por um lado, os cuidados prestados na enfermaria, por outro, os cuidados prestados numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta enfermeira conta o seguinte: “(...) na prática, o que fundamentalmente faço são higiènes aos doentes... Podia fazer uma pessoa que não tivesse quatro anos de curso, qualquer pessoa pode fazer cuidados de higiene a um doente, não é? Basta um bocadinho de carinho humano”.

De facto, tem havido uma proliferação do «curar» como objectivo principal e uma adopção de técnicas que visam a cura, sendo que o cuidar ao nível do indivíduo e do grupo tem recebido cada vez menos ênfase do sistema, tornando-se cada vez mais difícil a enfermagem manter o seu ideal de cuidar na prática (Watson, 2002). O conceito da

função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela evolução tecnológica que tem apelado à valorização da vertente tecnicista (Watson, 2002; Ribeiro, 1995).

O excerto seguinte é uma descrição feita por um doente de uma enfermaria, retirado do jornal *Público* (01/03/95) no qual o cuidar parece não estar presente: “São sete da tarde no Hospital Central (Porto). Não sei o dia da semana nem do mês, mas também pouco importa porque são todos iguais. Resumem-se a duas leituras de tensão e temperatura, uma de recolha de sangue e outra de urina, quatro distribuições de medicamentos, uma lavagem geral ao doente com mudança da roupa da cama e cinco refeições, para além de diversos espectáculos de introdução de tubos nas gargantas, narizes, pulsos, pulmões e outros sítios bem piores, atendendo aos gritos dos doentes (...)”.

É notória a existência de um ambiente de rotinas, fundamentalmente a nível físico e tratamentos decorrentes das prescrições médicas, visando «despachar tarefas». Muitas vezes, os cuidados emocionais são prestados apenas quando há tempo, até porque actividades desenvolvidas para minimizar problemas a nível emocional não são quantificáveis e os resultados não são, na maior parte das vezes, imediatos. Além disso, existe, por vezes, a interpretação de que “falar com os doentes não é visto como um trabalho real” (Gândara & Pereira Lopes, 1994:42).

Na nossa opinião, nos dois excertos supracitados, está patente, a importância atribuída por muitos enfermeiros aos cuidados técnicos, em detrimento da esfera relacional. Esta perspectiva é suportada por Silva (2006) que refere um maior interesse dos enfermeiros por aspectos mais técnicos, enquanto os utentes valorizam os aspectos mais relacionais: os conselhos, o acompanhamento directo, o estar acessíveis. “Dá-se valor aos aspectos visíveis dos cuidados, tais como a higiene, cumprimento imediato do tratamento e das prescrições, camas, armários e enfermarias arrumados. Técnicas como electrocardiogramas ou colheitas de sangue das veias são mais valorizadas do que a habilidade de confortar as pessoas que sofrem ou partilhar a informação com os que têm dificuldade em compreender a situação em que se encontram” (Pearson & Vaughan, 1992:19). Nesta ordem de ideias Costa (1999:15) salienta que “há em, algumas instituições uma certa racionalidade higiénica que não tem permitido validar com os nossos utentes idosos o sentido dos cuidados que lhes são prestados, para que não sejamos fazedores de actos automáticos e rotineiros, mas capazes de responder a aspectos Físicos, Psicossociais e Emocionais que são os dos doentes que ali estão e que se interessam pela própria saúde. É no mundo dos cuidados ao e com o doente que nós

temos que entrar, penetrando nele de forma a perceber os idosos como alvo principal dos cuidados de enfermagem (...)."

É sensato referir que o banho no leito torna-se numa necessidade humana essencial para a pessoa que requer repouso absoluto. É precisamente neste âmbito que a pessoa com actividades comprometidas passa a depender de terceiros para realizar o seu autocuidado (banho). Autocuidado é definido pelo ICN (2005:46), como uma "actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida diária". Dorothea Orem define autocuidado como a prática de acções que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas alterações de saúde, contribuindo para a sua integridade, funcionamento e desenvolvimento. Na visão desta teórica, após o enfermeiro identificar o défice de autocuidado, estabelece o plano de acção junto do utente, delegando a sua responsabilidade, a do utente e a de outros profissionais, para que as necessidades de autocuidado sejam atendidas (Vieira & Cruz, s/d). Neste caso, o enfermeiro actua como provedor de autocuidado.

O ritual de higiene pessoal é, para a maioria das pessoas, uma parte essencial do cuidado consigo própria, pelo que poder realizá-la sozinha e no seu próprio ambiente é um dos primeiros passos da sua independência e autonomia.

Na medida em que, no contexto hospitalar, qualquer utente internado necessita de algum tipo de banho, e a escolha é, quase sempre, uma decisão da enfermagem, deve ser considerada a força, as condições e o grau de dependência do utente. Pode ser indicado banho no leito, de imersão (banheira) ou chuveiro (Smeltzer & Bare, 2005).

Segundo Maciel e Bocchi (2006), a pessoa hospitalizada e acamada, mediante a perda da autonomia para o autocuidado, acaba por ser obrigada a sujeitar-se ao banho no leito, compreendido como um procedimento que não reproduz as mesmas sensações de conforto provocadas pelo banho no chuveiro, perante uma circunstância constrangedora de ter o seu corpo exposto a profissionais de ambos os sexos, sem a opção, na maioria das vezes, de realizar escolhas que poderiam amenizar o seu desconforto, das limitações impostas pelos défices de recursos humanos e materiais no hospital. Desta forma, segundo o mesmo autor, ter o banho no leito, realizado por um profissional do mesmo sexo do utente e ter a oportunidade de escolher o horário e o número de banhos diários, no planeamento dos cuidados de enfermagem são as condições necessárias para ajudar a minimizar situações de desconforto.

Bolander (1998), relativamente aos tipos de banho na cama, salienta:

- Banho total na cama, onde o prestador de cuidados lava totalmente a pessoa usando toalhetes, toalha de cara, toalhas de banho e bacias de banho;
- Banho parcial na cama (dado pela própria pessoa ou prestador de cuidados), implica ajuda na limpeza de áreas onde se acumulam secreções (por exemplo: face, mãos, axilas e zona perineal);
- Banho na cama em auto-ajuda, para pessoas confinadas à cama, mas capazes de se lavarem completamente sozinhas, excepto as costas, pernas e pés.

Por sua vez, Potter e Perry (2004) defendem dois tipos de banho destinados a utentes dependentes:

- Banho completo no leito: destinado a utentes totalmente dependentes e que necessitam de cuidado de higiene total. Torna-se exaustivo para o utente, mesmo quando a enfermeira o realiza na totalidade;
- Banho parcial no leito: inclui a limpeza apenas das partes corporais que possam causar desconforto ou odor, caso permaneçam sem lavagem.

Os mesmos autores referem ainda que, independentemente do tipo de banho fornecido ao utente, a enfermeira deverá seguir as seguintes orientações:

- Fornecer privacidade: fechar a porta ou puxar cortinas ao redor da área do banho e enquanto lavar o utente expor apenas as áreas que necessitam estar expostas;
- Manter a segurança: manter as grades laterais elevadas, enquanto estiver afastada da lateral do doente; colocar uma companhia de chamada ao seu alcance, quando se ausentar temporariamente do quarto;
- Manter o aquecimento: o quarto deverá ser mantido aquecido pelo facto do utente encontrar-se parcialmente descoberto;
- Promover a independência: estimular o utente a participar o máximo possível no banho;

Está patente, nas orientações supracitadas, que o ambiente físico é a chave para estimular os utentes a participar no banho como uma experiência de bem-estar. O ambiente deve oferecer calor, espaços íntimos, os quais podem ser alcançados através da disposição, luzes, acabamentos, mobiliário e toques especiais dentro das áreas do banho (Asid & Renegar, 2003; Colégio de Cuidados de Enfermagem [SFAP], 2000).

Vieira e Cruz (s/d), salientam que para avaliar o tipo de banho necessário ao utente será necessário observar a sua capacidade de autocuidado e determinar o que é capaz de fazer e como o fará, tendo em consideração as suas características individuais e os efeitos positivos e negativos do banho.

Desta forma, o enfermeiro deverá incentivar a participação activa dos utentes tendo em atenção a sua individualidade e as suas reais condições, de forma que adquiram independência no autocuidado e convivam da melhor forma possível com as suas limitações. Na nossa opinião, a avaliação do tipo de banho mais adequado a determinado utente e a participação do mesmo na sua prestação deverá ser centrada na autonomia e não na dependência. A questão essencial é saber o que é que o idoso é capaz de fazer, em vez de uma avaliação centrada naquilo que já não pode ou não consegue realizar.

Orem distingue três tipos de sistemas de enfermagem, que vão desenvolver a assistência sistematizada com a finalidade de trazer o utente à situação de (re) assumir o seu próprio cuidado ou cuidado dependente.

Estes três tipos de sistemas são:

- Totalmente compensatório: O indivíduo não tem recursos necessários para alcançar a necessidade de autocuidado, sendo a satisfação desta necessidade da responsabilidade do enfermeiro;
- Parcialmente compensatório: O utente compartilha a responsabilidade do autocuidado com o enfermeiro, assumindo os recursos que estão dentro de sua capacidade, ficando os demais a cargo do enfermeiro;
- Sistema educativo de apoio: O utente tem recursos para se autocuidar, mas necessita da enfermagem para apoio, orientação e instrução (Vieira & Cruz, s/d).

O banho deve ser fornecido com arte. A prática desta arte supõe, não a aplicação de conhecimentos gerais a um indivíduo em particular, mas a apropriação, por um processo singular, artesanal, dos conhecimentos e das aptidões, para que estes sejam portadores de sentido de ajuda, salientando que o enfermeiro deve ter a capacidade de ir ao encontro do outro, de tecer laços de confiança e de caminhar com ele no âmbito de um projecto de cuidados (Hesbeen, 2000). Hennezel (1997:16) relata uma experiência relativa ao fornecimento de um banho: “Ontem, por exemplo, demos-lhe banho. Sim, uma hora de bem-estar para aquele corpo entorpecido, rígido de imobilidade, tão magro, tão descarnado. Uma hora de afeição e ternura partilhada com (...) a enfermeira e (...) a

auxiliar. Com que doçura infinita rodeámos aquele corpo finalmente entregue com confiança ao calor do banho!”.

O banho, em contexto hospitalar, geralmente é fornecido a pessoas com debilitações que as impedem de efectuar o seu auto-cuidado. Por este motivo, pode ter repercussões psicológicas, tornando-se para muitos doentes desagradável e constrangedor, na medida em que, vêem o seu corpo manipulado por pessoas que lhe são estranhas.

Segundo Vigarello (1988) perdurou por muitos anos a resistência à realização de banhos de imersão, pois eles necessitariam da exposição do corpo nu e da palpação do mesmo, o que poderia provocar apelos sexuais. A exposição do corpo nu durante o banho no leito causa vergonha, não somente nos pacientes, como muitas vezes em quem está a realizar o procedimento. Numa pesquisa realizada por Ogasawara (1989), os pacientes referiram que se submetiam ao banho como uma imposição, sentindo vergonha em expor o corpo nu aos olhares de outros indivíduos. Os pacientes também relataram que não se sentiam limpos após esta higiene, que a água utilizada muitas vezes ficava fria e que a equipa de enfermagem não permitia a participação dos pacientes ou dos seus familiares nesta actividade de cuidado (citado por Buógo & Cogo, 2002).

A higiene é, antes de mais, uma intrusão na intimidade do outro. “Ainda que o doente deseje sentir-se melhor, se deixe cuidar, se deixe cuidar, deixe fazer, a higiene nunca é aceite de bom grado; na melhor das situações é tolerada e, por vezes, imposta pela força das circunstâncias” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:156).

“(…) os cuidados de higiene como prática do cuidar, estão longe de ser um cuidado insignificante: mantêm o doente ligado à sua dimensão social, mas constituem, ao mesmo tempo, uma intrusão no seu espaço íntimo. Ser lavado por alguém é uma experiência «estranha» que nunca escolhemos. Qualquer que seja a qualidade do cuidado, o doente pode sentir-se estranho a si mesmo, com a sensação de que a sua pele e as suas roupas não lhe pertencem. Sentir-se na sua roupa, nos seus cheiros, sentir-se quente e, por vezes mesmo, sentir-se sujo é estar «em si», consigo, numa esfera familiar de onde só aceitamos ser libertados, através de cuidados de higiene, a um ritmo controlado e controlável” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:153).

Webster e seus colaboradores (1988), tiveram especial preocupação com o ponto de vista dos doentes sobre o banho e questionaram-se se o mesmo, estaria de acordo com o das enfermeiras. Os resultados do estudo *Patients and nurses opinions about*

bathing revelou que os doentes e enfermeiras parecem ter diferentes visões sobre os mesmos assuntos (por exemplo, os doentes parecem menos constrangidos ao ser-lhes dado banho por uma enfermeira do que aquilo que as enfermeiras pensam) e sugerem maior investigação nesta área (*in* Bolander, 1998). Na mesma ordem de ideias Ogasawara (1989) *in* Buógo e Cogo (2002) no seu estudo sobre a percepção dos utentes sobre o banho no leito, concluiu que há constrangimento quando o banho é dado por um indivíduo de outro sexo, pois a exposição do corpo ao olhar de outra pessoa (estranha) desencadeia vergonha.

O banho dá a possibilidade ao utente de sentir o conforto do toque da enfermeira, bem como, o seu próprio corpo. É-lhe permitido ser ele próprio e sentir o seu corpo novamente. O toque físico do banho torna possível re-experimentar a sua própria pele, o seu ser físico, enfim o seu ser (Manen, 1998). Através do toque no corpo do outro, auxiliando-o num cuidado que não pode realizar sozinho, o banho propicia um momento de interacção entre cuidador e ser cuidado. Nesta linha de pensamento, o banho é uma oportunidade do cuidador despertar o ser cuidado do seu mundo e devolvê-lo ao convívio com o mundo externo (Buógo & Cogo, 2002).

“A higiene é, em primeiro lugar, um encontro, um envolvimento recíproco numa relação significativa corpo a corpo. É, antes de mais, estar «aqui e agora», numa vivência pessoal subjectiva através dos sentidos despertados. É reconhecer os nossos medos, os nossos limites (repulsa, medo de ficar assim, de ser contaminado) e aprender a ultrapassá-los. É conseguir, progressivamente, lançar um olhar incondicionalmente positivo sobre o outro, ver além da patologia sem fugir para não ver mais encontrando, para além dos limites do corpo alterado, a pessoa como sujeito vivo, sempre actor no cuidar...” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:153).

Manen (1998), tendo em conta relatos pessoais sobre o momento do banho, descreve-o, como uma situação única em que se demonstra a essência da enfermagem como cuidado da pessoa como um todo. Acrescenta que, no banho o enfermeiro tem oportunidade de observar sintomas psicológicos e físicos, bem como de se relacionar com o utente a um nível mais pessoal e profundo. Desta forma, as enfermeiras, tal como refere Benner (2005), por serem quem mais tempo passa com o utente, notam, na maior parte das vezes, os primeiros sinais de alerta e são muitas vezes as primeiras a detectar e determinar as mudanças do estado do doente, ou seja, tem a capacidade de se aperceber quando durante o banho, este mostra qualquer alteração física e emocional. As capacidades de percepção e de reconhecimento são o elemento central na relação com o utente.

“A higiene é também para o enfermeiro um momento de observação geral do corpo, reforçando o conhecimento da pessoa, permitindo identificar fontes de desconforto ou de dor com o fim de transmitir informações pertinentes aos outros membros da equipa” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:154). O banho é um momento propício ao conhecimento do outro, de observação, espaço para escutar, momento de educação, partilha de saberes, momento de intimidade, de interacção.

São também interessantes os estudos fenomenológicos do Professor Van Manen (1998) sobre experiências relatadas por utentes durante o banho, depois de longo tempo acamados. O momento do banho é considerado como um momento de ansiedade e invasão da privacidade, para a pessoa que naquele momento depende de outro.

Bauby (2007:22), utente vítima de «locked-in syndrom»²², doença rara que o deixou lúcido intelectualmente, mas paralisado por completo só podendo respirar e comer por meios artificiais e mover o olho esquerdo, ou seja, totalmente dependente dos cuidados de enfermagem, descreve a forma como vivencia o banho: “Num dia, acho divertido ser (...) lavado, voltado, limpo e munido de fraldas como um bebé. Em plena regressão infantil, experimento mesmo um estranho prazer. No dia seguinte, tudo isto me parece o cúmulo do patético, e rola uma lágrima sobre a espuma de barbear (...) Quanto ao banho semanal, mergulha-me simultaneamente em tristeza e felicidade. Ao delicioso instante em que mergulho na banheira sucede-se rapidamente a nostalgia dos tempos em que chafurdava na água e que eram o luxo da minha primeira vida”.

Para Nightingale (2005), alívio e conforto, são as observações comumentemente expressas pelo doente acamado, após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada.

No banho, “Tal como as partes corporais são discretamente descobertas e lavadas são também num certo sentido descobertos os sentimentos e pensamentos interiores (:...)” (Manen, 1998). Neste contexto, relevamos que, se por um lado, o banho, presenteia a enfermagem com a oportunidade de conhecer o utente, identificar o seu estado emocional e as suas necessidades, por outro lado, possibilita também verificar as condições da pele, as áreas sujeitas a maior pressão e escutar queixas álgicas, desconforto, tristeza.

²² Ver definição na pág. 70.

A higiene da pele é importante para o organismo como um todo. Se o banho for encarado como uma das atitudes mais nobres da prática de enfermagem e se as experiências de cada pessoa forem atendidas, serão respeitados os princípios e a individualidade de cada um. Contudo, assiste-se, muitas vezes, a nível hospitalar, que a tomada de decisão por parte dos profissionais se sobrepõe à da pessoa, ainda que esta tenha capacidade de decisão.

Souza (1978) afirma que a limpeza da pele durante uma doença é mais importante do que no estado normal. A pessoa confinada ao leito está privada de exercício físico, que serve para estimular a circulação. Portanto, o banho com a fricção cutânea estimula a circulação, substituindo o exercício, um dos factores essenciais na manutenção da saúde, além de conservar o utente sempre limpo e confortável (citado por Dias *et al*, s/d). Os problemas de higiene entre as pessoas acamadas são mais elevados em relação às outras, pois a sua limitação ao leito, o stress e o tratamento contribuem para o acumular de secreções (Vieira & Cruz, s/d).

Maciel e Bocchi (2006) referem que o banho no leito é uma experiência que se configura como de difícil superação, envolta de stress e com comprometimento da auto-estima, causados pela perda da autonomia para os cuidados de higiene, pelo constrangimento da exposição corporal, bem como por não serem conferidas as mesmas sensações de limpeza e de conforto proporcionadas pelo banho no chuveiro. Acrescem-se, ainda, os desafios institucionais, relativos aos défices de recursos humanos e materiais que dificultam a possibilidade do utente dispor, diariamente, de enfermeiros do mesmo sexo para o fornecimento do banho, bem como o de recursos materiais que poderiam amenizar o seu sofrimento e prevenir complicações.

Clarke (1986) *in* Dias *et al* (s/d), informa que a manutenção da higiene corporal do utente acamado evita infecção cruzada ou do próprio utente, uma vez que este está mais vulnerável a doenças e contribui para a manutenção do conforto e auto-estima do mesmo. Enfatiza ainda que a maioria das pessoas na nossa sociedade valoriza a higiene pessoal como aspecto importante na maneira pela qual se apresenta aos outros; portanto, qualquer queda nos padrões de aparência enquanto no hospital podem causar ao utente embaraço ou mesmo depressão severa. Além disso, “O encanto de um corpo bem lavado, fresco, evoca algo como o desejo de uma nova juventude, como a respiração matinal de um dia de primavera, ao passo que o corpo sujo, marcado pela dor e pelas excreções do metabolismo humano, obriga a um esforço para não virar a cabeça num gesto de afastamento” (Renaud, 1992:575).

É importante realçar a proximidade física e psicológica que se encontra patente entre o enfermeiro e a pessoa aquando da realização do banho. Neste sentido, o banho no leito é um momento de encontro de cuidado, pois nesta situação cuidador e ser cuidado compartilham experiências. É no encontro que acontecem as trocas entre estes dois seres que interagem (Buógo & Cogo, 2002).

Numa situação de dependência, a pessoa necessita de outrem para a execução do banho, actividade indispensável para o ser humano. O banho é um acto íntimo que envolve um clima de privacidade, contudo, num contexto de dependência essa privacidade poderá ser invadida. A forma como a pessoa encara essa perda da autonomia e a dependência de outrem relaciona-se com o modo como a pessoa se revê no olhar dos outros, isto é, como se vê olhada por quem lhe presta o banho, podendo em determinadas situações, afectar a dignidade da mesma.

Potter e Perry (2004) referem que a higiene íntima faz parte do banho completo, consistindo na limpeza meticulosa da região perineal. Lembram que essa limpeza pode e deve ser realizada isoladamente, conforme a necessidade do utente, principalmente quando acamado. É necessário assegurar, aquando da realização dos cuidados às áreas íntimas, habitualmente cobertas e definidoras da sexualidade, a manutenção da privacidade, sob pena de se tornar numa provocação, desrespeito pela intimidade e pudor do utente. “O banho no leito implica no desnudamento do corpo do ser cuidado e na exposição de seus genitais. Ao receber o toque do cuidador no seu corpo, o ser cuidado sente-se muitas vezes exposto, invadido no seu espaço pessoal, e este sentimento é percebido pelo cuidador que também se sente constrangido” (Buógo & Cogo, 2002:63).

Bolander (1998), denomina-a higiene perineal e refere que é muitas vezes ignorada tanto pelas pessoas que recebem cuidados como pelas que os prestam, devido ao embaraço. De forma a contrariar esta situação de embaraço, Vieira e Cruz, s/d, defendem que, o simples acto dos utentes lavarem os genitais faz com que se sintam menos dependentes. Explicar ao utente o que se vai fazer, antes de iniciar os cuidados à zona genital, torna-se também fulcral para diminuir, dentro do possível, o desconforto sentido.

Neste sentido, a equipa de enfermagem deverá procurar proporcionar, estimular e favorecer o autocuidado referente à higiene corporal. Costa (2006:177), reforça que, “a participação do doente idoso nos cuidados de enfermagem assume a dimensão de participante activo na construção do seu processo de cuidados, co-constituindo um

conhecimento fundamental. O conhecimento e participação dos idosos nos cuidados estruturam não só a actuação do enfermeiro, como reorienta a sua actividade na equipa e reelabora o processo de cuidados que, ao longo dos tempos foi construindo”.

Contudo, tendo em conta que a literatura profissional e as políticas de cuidados preconizam a participação do doente nos seus cuidados, verifica-se uma importante divergência entre o discurso e a realidade (Silva, 2006).

Visto que cada pessoa é um ser único, com opiniões, emoções e sentimentos próprios, com os seus desejos pessoais e preferências, os quais implicam também os seus hábitos de higiene e conforto, o cuidado deve ser personalizado e orientado para as necessidades individuais de cada cliente. Downey e Lloyd (2008) partilham da mesma opinião referindo que, antes de aplicar um banho na cama, ou qualquer tipo de cuidado de higiene, o enfermeiro deve ter conhecimento das preferências do cliente. O enfermeiro não deve impor os seus padrões de limpeza/asseio ao utente, ou assumir que eles são os mesmos do utente. Num estudo realizado por Augusto, Paixão, Barreto e Rodrigues (1998), constataram que aquando da preparação do doente e material para a prestação dos cuidados de higiene, 58% dos enfermeiros não se preocupa em perguntar a preferência do doente, sendo que 17% dos enfermeiros pergunta, mas não valoriza a resposta.

Também, segundo Carapinheiro (1993), uma situação que ocorre frequentemente é a satisfação estandardizada das necessidades de higiene dos doentes no primeiro período da manhã. Entretanto, os doentes que não conseguem levantar-se acabam por ficar dependentes dos ritmos das actividades hospitalares. Agich (2008:279), corrobora Carapinheiro (1993) quando refere, “No cuidado institucional, porém, as necessidades organizacionais impõem uma estrutura temporal burocrática aos ritmos básicos da vida diária, estrutura sintonizada mais com o mundo trivial dos funcionários do que com as necessidades dos residentes. O horário em que os residentes são despertados, banhados e vestidos ou colocados na cama é determinado mais pelas exigências dos funcionários e pela mudança de turnos do que pela sensibilidade às preferências dos próprios residentes”. Barbosa, Ribeiro e Cardoso (2002), no seu estudo *Opinião do indivíduo adulto institucionalizado sobre banho no leito seco e banho de rotina*, concluíram relativamente à preferência do horário do banho do indivíduo acamado que 50% dos pacientes preferem o banho pela manhã, 20% preferem o banho à tarde, 10% preferem à noite, 10% preferem tanto de manhã como à tarde e 10 % preferem de manhã, tarde e à noite.

A família tem um lugar central no processo de cuidados, durante a hospitalização do doente idoso, o qual deverá ser promovido e incentivado, na medida em que poder-se-á estar a proporcionar conforto e bem-estar ao doente. Desta forma, relevamos a importância dos familiares, amigos ou pessoas mais próximas fornecerem o banho ao doente no hospital, tornando-se este momento tão íntimo, o mais personalizado possível.

De acordo com Cabete (2005:133), “Envolver a rede informal nos cuidados significa, por isso, dar-lhes mais do que um espaço de participação nos cuidados: é preciso ter em atenção que essa rede pode necessitar de cuidados – de ser ouvida, de ser acolhida, de expressar as suas dúvidas e inquietações, de ser ajudada e de ser ensinada – para poder lidar eficazmente com a situação que lhe é presente”. Na mesma linha de pensamento, Agich (2008), menciona que o utente não abdica simplesmente uma parte do seu corpo ao prestador de cuidados, mas uma parte essencial do eu. É, provavelmente, por isso, que a maioria dos idosos e das pessoas em geral preferem o cuidado fornecido por aqueles com quem compartilham laços de afeição ao de estranhos.

Num estudo realizado em Espanha, Martínez, Marco, Borrel, Morillas e Barris (2004), relativamente às expectativas dos doentes sobre a sua participação na tomada de decisão quanto aos cuidados, a percentagem mais alta delega totalmente nos profissionais (69,5%), uns 13,6% desejam que participe a família, apenas 8,5% desejam eles próprios participar, e outros 8,5% desejam participar, conjuntamente com a família. “A capacidade de tomar decisões é uma área fundamental na autonomia do ser humano: poder escolher e poder decidir, fazem parte dos direitos mais básicos na vida e dignidade de cada um. O idoso, só por ter mais idade, não será excepção. A pessoa doente, só por ter uma ou mais patologias, também não será excepção” (Cabete, 2005:122). Neste sentido, além da privacidade, outro aspecto que deverá ser respeitado, durante o banho, é o do consentimento informado por parte da pessoa, pois o direito à autonomia, por si, encontra-se inerente ao consentimento informado. Antunes (1998) citado por Mariz (2005) refere que o consentimento informado tem como base a compreensão e o desejo das pessoas participarem na tomada das suas próprias decisões. O consentimento informado é o fruto da autonomia, da liberdade e do respeito de cada um. Efectivamente, insere-se em valores intrínsecos que seguem como linhas orientadoras a liberdade da pessoa e a promoção do seu bem-estar, os quais incentivam o exercício da responsabilidade individual. Assim, a pessoa tem a oportunidade, enquanto participante informado, de desempenhar um papel activo nas decisões tomadas acerca de si própria, enquanto pessoa e cidadã. Se acordo com Downey e Lloyd (2008), é importante lembrar que mesmo que o cliente dê o seu consentimento verbal para tomar banho no

leito, antes de ser levado o cliente poderá retirar o consentimento a qualquer hora, ou poderá escolher não dar consentimento para lavarem algumas partes específicas do seu corpo.

Contrariamente ao acima referido, Gândara (1998:162,163) enfatiza que “é o enfermeiro que assume o comando e a responsabilidade da direcção dos cuidados, não dando oportunidade e espaço ao utente para interferir nas decisões tomadas”.

1.2 – O PUDOR

Etimologicamente, a palavra pudor, deriva do latim *pudore* e significa, sentimento de pudor, de vergonha, de reserva, de delicadeza, de timidez; sentimento moral, moralidade, honra, ponto de honra (Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, 1952).

Almeida (1997:62) define pudor como “o incómodo que se sente perante aquilo que a dignidade de uma pessoa parece proibir”. Chagas (2007:s/p), acrescenta ainda, ser “um sentimento de vergonha ou timidez produzido por tudo o que é contrário à honestidade, à decadência, recato ou modéstia”. A vergonha é sinal de alarme, sendo que este sentimento pode ocorrer, uma vez que o doente se vê na impossibilidade de manter os valores sociais impostos à nudez e aos cuidados aos órgãos genitais (Block, 1982).

Norbert Elias (2006:688) designa vergonha ou pudor como “uma agitação específica, uma espécie de medo que automaticamente se reproduz no indivíduo em certas ocasiões, como consequência de hábitos cultivados. Considerado superficialmente, é um medo de degradação social ou, mais em geral, das atitudes de superioridade dos outros. Mas é uma forma de desprazer ou de medo que se produz e se distingue pelo facto de a pessoa que receia ficar em situação de inferioridade não se poder defender desse perigo (...) Todavia, no adulto, a vulnerabilidade provém de que as pessoas cujas atitudes superiores se receiam se encontram em unissonância com o supereu do próprio, com o sistema de autocoacções que foi cultivado no indivíduo por aquelas de quem esteve dependente e que, face a ele, tinham, por isso, um certo grau de poder e superioridade. Este mesmo autor, acrescenta ainda que o pudor ou vergonha, é, “(...) em grande medida velado à percepção dos outros; por muito forte que possa ser, nunca se expressa directamente em gestos ruidosos. A vergonha adquire a sua coloração particular pelo facto de a pessoa que sente ter feito ou estar para fazer alguma coisa que a põe em contradição com pessoas com as quais está ou esteve ligado de uma

forma ou de outra e, ao mesmo tempo, consigo própria, com o sector da sua consciência através do qual ela se controla a si própria”.

Chega, um simples olhar curioso dirigido ao corpo da pessoa doente como se de coisa se tratasse, para provocar-lhe uma ofensa à sua intimidade e despertar nela sentimentos de vergonha. Como consequência deste acto, a pessoa sente-se envergonhada pela forma como se sente olhada, sendo que, o sentimento de vergonha não está no facto da pessoa ser olhada desde fora, mas na intenção com que é olhada. Desta forma, não é a exibição do corpo na sua nudez o que mais conta, mas sim, os pensamentos, sentimentos e imagens desrespeitosas que daí advêm (Melo, 2005).

Sendo assim, o pudor e o sentimento de vergonha, na sua dinâmica interior, surge dependendo da forma como o outro é olhado, como se de «objecto» se tratasse. O olhar despersonalizado penetra como seta a pessoa do outro, ferindo a sua dignidade. Neste sentido, o cerne do sentimento de vergonha reside na maneira como se olha o corpo do outro, isto é, desconsiderando-o. Deste modo, “Quem de entre nós, não fica profundamente ferido quando se rebaixa a nossa pessoa a um nível que julgamos indigno?” (Renaud, 1990:159).

Norbert Elias (2006) evidencia a evolução progressiva do sentimento de pudor e controlo das pulsões ao longo dos séculos. Esta evolução levou a esconder a nudez do corpo, a disfarçar os odores corporais e a recalcar as funções excretoras. Qualquer transgressão destas regras desencadeia sentimentos de constrangimento, de vergonha ou de repulsa, consoante o indivíduo seja aquele que viu ou aquele que foi visto. Em simultâneo o indivíduo interioriza o dever de dominar as suas pulsões e as suas emoções.

É necessário reconhecer que o pudor tem um significado metafísico, quer dizer que ele é incompreensível se concebermos o homem como espécie animal ou como uma máquina governada pelas leis naturais, mas que assume todo o significado quando pensamos que ele concede ao Homem uma consciência e uma liberdade de ser.

Segundo Almeida, o pudor, presente na vida quotidiana de cada indivíduo, “(...) só nasce a partir do momento em que percebemos que estamos nus. É um perpétuo conflito entre instinto e razão, entre consciência e inconsciência, entre indivíduo e sociedade” (1997:62).

Bologne (1986) apresenta como características do pudor: ser natural, pelo menos na sua concepção mais lata: uma vergonha antecipada, a tomada de consciência de uma

fraqueza onde existe um interdito que nos inibe de cumprir uma acção. O pudor da nudez, ligado essencialmente (mas não exclusivamente) à sexualidade, varia por sua vez em função dos lugares, das condições sociais, do sexo (pudor feminino), ou do grau de sensibilidade a certas partes do corpo. A sua publicidade na medida em que inscreve-se sempre numa relação com o outro e com a sociedade. Uma terceira característica refere-se à dinâmica do processo, ligado a uma tomada de consciência, a um olhar, o pudor recompõe-se permanentemente no tempo. Por último, a sua necessidade: todas as épocas, todos os países sentiram a necessidade de um equilíbrio entre pudor e apudor em que o terreno que um perdia era imediatamente recuperado pelo outro lado.

Não existe, contudo, um único pudor, mas um conjunto de comportamentos que, por razões diversas e dentro de variados contextos, podem revelar diferentes formas de pudor (Almeida, 1997): o pudor individual, que faz referência a cada qual em mostrar-se ou ver-se nu ou pouco vestido, o pudor social, decorrente do pudor individual, definido em função dos limites tolerados à exibição e o pudor sexual, seguramente o mais corrente, engloba tanto os sentimentos, como os actos, atitudes e determinadas situações. Estas diversas formas de pudor, são passíveis de serem transportadas para a enfermagem, pois, qualquer pessoa encerra um conjunto de pudores que, enquanto doente ou não doente, se manifesta quando são postos em causa. A abordagem do indivíduo doente por parte de qualquer profissional de saúde implica uma “violação” da esfera da individualidade e conseqüente e inevitável contacto com os seus pudores (Almeida, 2004).

Na sua actividade diária, os enfermeiros, quase sem se aperceberem, “violam” constantemente o corpo do utente, expondo-o a todos os seus pudores, retirando a sua intimidade. Desta forma, segundo o mesmo autor, “ao lidar com o indivíduo, estamos acima de tudo a lidar com algo que ele mais esconde – o pudor individual e social. Daí a necessidade de o abordar na sua individualidade, isolado do olhar dos outros” (Almeida, 1997:65).

Almeida (1997) refere ainda que, o pudor está presente no banho, pois ao longo da história, o banho passou de algo público a uma situação de privacidade, assim como no vestuário, servindo as roupas para cobrir a nossa vergonha de nudez e para defender o corpo do tempo, do frio e do calor. Existe também um pudor médico, basta lembrar-nos que não era aceitável, há alguns anos atrás, uma mulher despir-se perante o médico.

Santa Macrine, no século IV, ao saber que um cirurgião a iria examinar, tocar e operar o tumor na mama, exclamou “antes os piores sofrimentos que isto”. Durante séculos e ainda na actualidade mantém-se esta manifestação social e individual.

No século XVII, não se mostrava de boa educação mostrar-se nu a uma pessoa a quem se devia respeito, mas era permitido despir-se perante um criado. É considerado domínio do homem o pudor dos sentimentos enquanto que a mulher privilegia o pudor do corpo, o qual se manteve ao longo da história e na actualidade ainda.

Reportando-nos ao século XIX, admitia-se que uma mulher se colocasse nua perante um pintor; contudo era mal tolerado que se despisse perante um médico.

Por fim, o pudor individual, ligado à intimidade e à vida privada, daí surgir a ideia que se pode fazer praticamente tudo em privado. O pudor da nudez, ligado essencialmente (não exclusivamente) à sexualidade, varia em função dos lugares em que estamos, da condição social, do sexo, ou do grau de sensibilidade a certas partes do corpo.

Cada indivíduo reage de modo diferente ao pudor com o corpo, frequentemente mais exacerbado na pessoa idosa (Lenardt *et al*, 2007).

Quando ocorre a exposição do corpo do utente, e este apresenta manifestações de pudor, os profissionais de enfermagem parecem não se aperceber delas ao realizar os cuidados, por não se sentirem à vontade ou por não terem propensão para enfrentar essas situações. Essa propensão pode dever-se a inúmeros factores, tais como: os enfermeiros não terem abordado esses temas aquando da sua formação, darem maior importância a outras áreas, talvez por não terem sensibilidade nessa matéria, por referirem falta de tempo e ainda, existem aqueles enfermeiros que não reparam nesses pormenores apenas por distração e outros por vezes “disfarçam” essa percepção.

É uma realidade, proferida por muitos enfermeiros, que a falta de tempo é causadora de atitudes mecanizadas e comportamentos estereotipados, contudo é difícil ou praticamente impossível separar os cuidados ditos «técnicos» dos cuidados relacionais, na medida em que coexistem.

Não podemos esquecer que os utentes, bem como os profissionais de saúde possuem os seus próprios valores, adquiridos no seu meio envolvente, influenciando o comportamento e por vezes as suas próprias reacções, que por sua vez poderão caracterizar-se como invasores da privacidade do utente.

Parece-nos, que muitos dos aspectos referidos, têm na sua natureza questões como o evitar discutir aspectos que referenciem a nudez e a sexualidade no contexto da enfermagem, evidenciando-se os sentimentos puritanos, associado às enfermeiras, desde o tempo de Florence Nightingale.

Miranda (1994) afirma que as enfermeiras são desencorajadas a abordar a sexualidade do cliente, visto como assexuado desde a sua entrada no hospital. Conclui que essa repressão era fruto da interdição absoluta de se adicionar a discussão sobre sexualidade às questões de enfermagem no sistema “nithingaliano” apesar de ser o profissional com maior autorização social para tocar o corpo do outro, inclusive o corpo nu e no espaço público.

Muitas vezes a enfermagem depara-se com situações durante a prestação de cuidados, que envolvem manifestações sexuais protagonizadas pelos utentes, nomeadamente uma erecção, assédio sexual, homossexualidade, masturbação, entre outras situações, não sendo raros este tipo de casos (Oliveira, Fernandes & Pereira, 2000). Estas expressões da sexualidade podem perturbar, quer os profissionais de saúde ou até mesmo os utentes, provocando desconforto, embaraço e até constrangimento. Por este motivo, a questão da exposição e manipulação do corpo na prática de cuidados de enfermagem deve ser discutida pelos profissionais de saúde, visto ser a profissão em que há um maior contacto com os utentes.

Na perspectiva de Melo (2005:47), “O pudor e a vergonha são inatos, todavia as suas manifestações estão intimamente relacionadas e integradas no contexto da cultura vigente. O sentimento de vergonha, perante a nudez do corpo ou de determinadas partes do mesmo, realiza-se através de transmissão de normas relacionadas com costumes ou tradições”. Pois, “Comumente o homem não mostra seu corpo e, quando o faz, é ora com temor, ora com a intenção de fascinar. Parece-lhe que o olhar estranho que percorre seu corpo rouba-o de si mesmo ou que, ao contrário, a exposição de seu corpo vai entregar-lhe o outro sem defesa, e agora é o outro que será reduzido à escravidão. Portanto, o pudor e o despudor têm lugar em uma dialética do eu e do outro que é a do senhor e do escravo: enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objeto e não contar mais para ele como pessoa, ou então, ao contrário, posso tornar-me seu senhor e por minha vez olhá-lo, mas esse domínio é um impasse (...) (Ponty, 1999:230).

Na dissertação de mestrado apresentada por Veiga (1994) *Cuidar na intimidade, intimidade no cuidar*, é mencionado nas unidades significativas referentes aos sentimentos vividos pelos doentes ao receberem cuidados a zonas íntimas, que a

racionalização que o doente faz da sua situação de dependência, facilita a aceitação desses cuidados. Nalguns doentes parece haver uma adaptação/conformismo, verificando-se contudo uma carga elevada de sofrimento em que ele próprio se assume como assexuado para diminuir o sofrimento que o atinge. A mesma autora acrescenta ainda que, “a sexualização dos cuidados é assumida por um doente como uma vivência transpessoal no seu processo de cuidados” (p. 64).

“Ao doente custa-lhe expor estas zonas do corpo, mas a verdade que sente é diminuída e tolerada quando vê que é cuidado com um respeito redobrado nesses momentos. Sentir-se assim respeitado, ajuda-o a aceitar mais facilmente a situação de dependência” (Veiga, 1994:69).

Facilmente, conseguimos controlar os nossos pudores, recusando determinadas acções, actuando consoante o que pensamos, achamos, queremos, se somos independentes nas nossas actividades de vida diárias; quando temos poder de decidir. Contudo, quando o indivíduo passa a depender de outros, para a concretização das suas actividades de vida diárias, o autocontrolo dos nossos pudores, deixa de ser feito por nós, passando a ser efectuado por aquele de quem dependemos.

O doente hospitalizado, submetido a uma série de rotinas, sente-se ameaçado na sua intimidade e privacidade, vivenciando o incómodo e a vergonha quando tem de mostrar o seu corpo. No entanto, a pouco e pouco, o doente vai perdendo o pudor inicial, resultado de um processo nocivo que o demite gradualmente do seu lugar de Sujeito e o conduz a entregar o seu corpo nas mãos dos profissionais de saúde, tornando-se «objecto» assexuado dos seus cuidados, com o intuito de defender-se de mais humilhações.

Contudo, “As manifestações de preservação do pudor nos doentes internados são um comportamento salutar face ao ambiente institucional. O facto de «puxar o lençol», de «não deixar destapar», de «se encolher», é a forma do doente reivindicar o seu estatuto de pessoa, de continuar a ser um «eu» e não mais um corpo (...)” (Leigo, Augusto, Rodrigues e Rodrigues, 1997:22).

Ribeiro (2005:66) salienta que, “É comum associar o hábito de cobrir o corpo ao sentimento de pudor em torno da função sexual. De acordo com esta perspectiva, o que primariamente se oculta são as actividades sexuais e os órgãos genitais. Por extensão ocultam-se depois as áreas do corpo associadas ao sexo por contiguidade física ou funcional, embora variem muito os critérios de definição dessa contiguidade. Oculta-se, enfim, tudo o que se tem por estímulo erótico; e, à medida que se ocultam os estímulos

mais óbvios e directos, o seu poder estimulante desliza para as áreas que ainda permanecem descobertas”.

Mas, na prática de cuidados o pudor apesar de estar presente, tem sido pouco falado. Este é perdido pouco a pouco, tanto pelo utente como pelo enfermeiro em nome de uma falsa modernidade e modismo que poderiam ser “normais” para o momento mas que são naturais para a vida (Chagas, 2007). Ou seja, o pudor torna-se assunto pouco falado, porque em situações de internamento o utente aparentemente preocupa-se apenas com o tratamento da doença achando que as questões relacionadas com o pudor são de menor importância, pois é um mal que vem por um bem maior.

Laure, utente hospitalizada há alguns anos, testemunha como experienciou os cuidados prestados pelas enfermeiras: “Para nos lavarmos e vestirmos (...) não conseguimos fazer nada, temos que ser ajudados (...) Lembro-me de uma enfermeira com quem me dava muito bem, quando era com ela tudo corria normalmente, não havia qualquer problema de pudor (...); já com uma outra as coisas não corriam tão bem (...): para esta, eu não passava de um pedaço de carne que era preciso limpar; não havia aqui o investimento no lado humano que eu notava na outra enfermeira (...) E as coisas corriam melhor porque eu sentia que ela partilhava comigo um certo sentimento de desconforto, o que acabava por contrabalançar a minha própria falta de à-vontade” (*in* Mercadier, 2004:1).

“A falta de pudor implica um fechar de portas à relação de amor onde o diálogo se faz respeitar. O pudor só se desenvolve e acontece na privacidade e na intimidade. Por conseguinte, o pudor é um sentimento natural mas que requer e exige por si uma delicada atitude educativa no trato e na relação com o semelhante” (Melo, 2005:20).

Respeitar o pudor do doente, envolve ter em conta a sua idade, sexo e grupo sócio-cultural entre outros factores, especialmente nas situações onde é necessária a exposição de zonas mais íntimas do corpo.

Segundo Kadner (1994:s/p), no seu estudo *Distintos níveis de investimento na intimidade*, as mulheres não receiam a intimidade tanto como os homens, nem desconfiam de ligações próprias com os outros, como sendo um ataque à sua necessidade de independência e autonomia. Também refere que, as mulheres ultrapassaram os homens tanto na sua vontade de se comprometer com interações íntimas, como na sua habilidade de serem mais reveladoras nas suas interações. Pelo contrário, Mercadier (2004:59) refere que “As mulheres hospitalizadas sentem-se mais constrangidas quando é um homem a prestar-lhes os cuidados «íntimos»”.

Veiga (1994), na sua dissertação de mestrado, *Cuidar na intimidade, intimidade no cuidar*, relativamente aos sentimentos vividos pelos doentes ao receberem cuidados a zonas íntimas, concluiu que, os doentes de ambos os sexos referem vergonha ao receberem cuidados a zonas íntimas e sempre que o seu corpo é exposto. Acrescenta ainda que, alguns doentes preferem ser cuidados por pessoas do mesmo sexo, para outros o sexo do enfermeiro é indiferente.

De qualquer modo, deve ser tido em conta o respeito pelo pudor individual dos doentes de modo que o bem-estar seja restabelecido, não só no que se refere à exposição do seu corpo como também à intimidade emocional e espiritual, pois é abrangida pelo cuidador quando este é capaz de obter do doente confidências ou segredos que não seriam ditos a um próximo, mas que o ouvido atencioso do enfermeiro permite exprimir. Aqui se englobam as questões, as dúvidas, o encontro de sentimentos perante uma doença ou uma situação clínica, seja ela grave, longa ou de mau prognóstico que o utente tem oportunidade de partilhar com o enfermeiro. Podem ser encaradas ao nível da confidencialidade do doente, constituindo-se como um dever ético e legal resguardá-las (Grupo Arches, 2001).

Para o isolar dos outros e respectivos olhares, há que utilizar estratégias: “há que gerir a privacidade, pelo modo como o espaço físico proporcionado pelo reposteiro é gerido (...) A sensação de protecção que emana de um reposteiro corrido é a da existência de uma parede protectora que leva a pessoa a sentir-se como se estivesse em sua casa, num espaço percebido como privado, embora sendo público” (Lopes, 2006:69).

Existem várias atitudes e acções que podem minimizar as situações que envolvem a exposição da intimidade, privacidade e do pudor, entre as quais: ter o cuidado no destapar, destapando apenas quando necessário e apenas as zonas precisas, numa atitude de respeito e tentando explicar ao utente o que se está a fazer. Evitar que exista uma distância entre o enfermeiro e o utente, tentando criar logo de início uma relação empática. Tentar não ter atitudes de desprezo/bruscas para com o utente. Quando nos encontramos com o utente, evitar estar em silêncio, com ar sério, fazer troça da pessoa e/ou até mesmo criticar o cheiro que possa provir do utente.

O enfermeiro acima de tudo deve ter a capacidade para escutar, tocar (sem ferir as susceptibilidades do utente), ajudar nas necessidades básicas (dar de beber, comer, auxiliar em cuidados de higiene e conforto...) caso exista essa necessidade, mantendo sempre a boa disposição de modo a proporcionar a satisfação do utente. Manter o diálogo com o utente, garantindo a congruência em tudo o que para e com ele seja feito.

Esta última ideia vai ao encontro dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros²³, que nos reporta para a procura permanente da excelência no exercício profissional. Para tal, são considerados elementos importantes para a satisfação dos clientes, relacionada com o processo de prestação de cuidados de enfermagem, que envolvam a intimidade do utente, entre outros, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente, a procura constante da empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, o empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Importa contudo, levantar as seguintes questões: será que respeitando a pessoa, quando esta se encontra nua o pudor desaparece? Será que todos os sinais de pudor são visíveis? E o pudor será real ou simulado?

²³ ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Reflexões – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. (2005). Recuperado em 20 Maio, 2007 de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news:Print&id=58&print=1>.

2- A PRESENÇA DOS SENTIDOS NO CUIDAR A INTIMIDADE

É por intermédio do nosso corpo e da aproximação do corpo de outras pessoas que transmitimos o que somos e o que sentimos, que procuramos o que o outro experimenta e sente, tentando perceber o que nós próprios sentimos (Augusto *et al*, 2004). Efectivamente, todos esses sentimentos são percebidos através dos órgãos dos sentidos, sendo estes essenciais para a percepção de toda a realidade que nos rodeia.

Na verdade, o ser humano é provido de sensibilidade a uma ampla e diversificada gama de estímulos e, para determinadas categorias desses estímulos, possui órgãos receptores especializados, aos quais denominamos sentidos. É através da actividade sensorial que o ser humano apreende as qualidades físicas da realidade (cor, forma, som), surgindo dois fenómenos muito complexos. O primeiro fenómeno traduz-se na colheita das informações externas pelos sentidos e na elaboração, através dos processos mentais, de sínteses cognitivas (uma melodia, uma situação, um objecto), ao passo que o segundo fenómeno manifesta-se na parte emocional (prazer, medo, admiração) que será mais ou menos forte e duradouro e quase sempre presente nas atitudes do ser humano (Ribeiro, 2005).

A função básica dos sentidos é a sensação, sendo esta uma “modificação subjectiva experimentada pelo organismo em consequência normal a uma resposta motora ou glandular” (Thinés & Lempereur, 1984 citado por Ribeiro, 2005:118). Baseando-se na experiência comum dos estímulos e dos respectivos receptores, originou-se, na tradição Ocidental, a crença de que a espécie humana possui cinco sentidos corporais. Desta forma, e segundo Ribeiro (2005), as competências sensoriais de cada ser humano estão gravadas no seu programa genético e dependem tanto da experiência pessoal de cada pessoa como da sua herança cultural.

Com efeito, “a comunicação humana é enriquecida pelo cruzamento de diferentes canais sensório-perceptuais (voco-acústicos, visuais, olfactivos, tácteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:143). Enquanto processo verbal e não verbal permite às pessoas tornarem-se acessíveis umas às outras, partilharem sentimentos, experiências, opiniões e informações (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). A comunicação é um

instrumento básico na relação de ajuda possibilitando um relacionamento enfermeiro-utente mais eficaz, influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita de cuidados de enfermagem. É através da comunicação, verbal ou não verbal, expressa pelo utente durante a prestação de cuidados que, poderemos inferir acerca da influência das acções do enfermeiro na sua intimidade. Caso não seja estabelecida uma boa comunicação entre as duas partes, muito dificilmente o enfermeiro irá identificar os problemas por ele sentidos e descodificar o significado que ele atribui aos factos que lhe ocorrem.

A comunicação não verbal é mais forte que a comunicação verbal e inclui também o espaço pessoal, logo para compreendermos plenamente as pessoas, é preciso ter em conta os gestos que utilizam que transmitem muito das suas emoções (Morais, 2001).

O enfermeiro pode usar a comunicação para conseguir estabelecer um relacionamento efectivo com o paciente, a fim de lhe oferecer apoio, conforto e informação, despertando o seu sentimento de confiança e auto estima, bem como ensinando modos mais adequados de comunicação. Neste sentido, através da comunicação estabelecida com os utentes os profissionais de saúde fomentam as relações interpessoais e terapêuticas que ajudam a compreender a forma como os utentes e as suas famílias vivenciam os problemas de saúde, manifestam os seus anseios e angústias. É óbvio, contudo, que “Os circuitos de informação são complexos. Mesmo com o utente a comunicação tende para a unidireccionalidade, dado que este é solicitado com múltiplas questões, e da parte dos técnicos de saúde, no sentido inverso a informação é escassa” (Serra, 2005:60).

Segundo Oliveira, Fenili, Zampieri e Martins (2006) a Enfermagem precisa estar atenta aos sentidos subjacentes ao cuidar da intimidade do utente: o olhar, a escuta, o toque e o olfacto, compreendendo-os como essenciais para o estabelecimento da genuína comunicação no cuidado. Para isso o enfermeiro necessitará desenvolver a sua percepção e sensibilidade, para aproximar-se do outro e possibilitar a expressão plena do que comunica e do que é comunicado, reflectindo-se num cuidado diferenciado. Pois, “É através das várias dimensões da pessoa, mediada pelos órgãos dos sentidos, que temos o potencial para promover um agir ético, sito é, estar com e ser pessoa com o outro, implica dois seres em presença, que mutuamente se percebem e se influenciam” (Lopes, 1999:22).

2.1- O OLHAR

O olhar, representa desde sempre, um papel relevante na comunicação de atitudes interpessoais e na construção de relações (Bitti & Zani, 1997). Frequentemente, atribui-se ao olhar a dimensão de janela da alma pois, através dele, exprimimos tudo o que somos e sentimos.

Quando entramos em contacto com o mundo e com as pessoas, o primeiro sentido que se coloca em acção é a visão, um dos sentidos por excelência do ser humano, pelas suas competências na percepção do espaço, sendo através desta que a pessoa assimila a cor, a forma, o movimento, de maneira a identificar objectos, a moldar situações e a compreender acontecimentos. Durante o percurso de vida do ser humano, existem duas funções essenciais inerentes à visão, uma direccionada para a interacção social (função expressão-comunicação) e outra para a interacção com o mundo (função geométrica).

Há que ressaltar a distinção entre o ver e o olhar, sendo que apenas o primeiro pode ser indiferente ou neutro, enquanto que o segundo manifesta constantemente intencionalidade (Barthes, 1984 citado por Ribeiro, 2005).

O olhar, de acordo com Knapp (1983) citado por Ribeiro (2005) possui inúmeras funções ao nível da comunicação interpessoal, nomeadamente:

- Regulação da corrente de comunicação – o contacto visual declara à pessoa que o canal de comunicação apresenta-se aberto, faculta-lhe deixas, podendo até infundir-lhe o dever de comunicar;
- Retro-alimentação – do processo interaccional: os interlocutores visualizam-se reciprocamente nas reacções (atenção, desinteresse) notórias no olhar e na expressão do rosto afim de dirigirem as sequências comunicativas;
- Expressão de emoções – geralmente incorporado na expressão do rosto, o olhar (eventualmente acompanhado das lágrimas) adopta alguma autonomia na manifestação de certos estados emocionais, sendo eles a surpresa, o medo, o desgosto, a cólera, a tristeza, a simpatia, a compaixão e a felicidade;
- Comunicação da natureza da relação – o olhar (unidireccional ou mútuo) alterna consoante as pessoas (sexo, estatuto) e as suas atitudes (positiva, negativa).

No quotidiano da enfermagem, o olhar é um instrumento colocado em prática pelos enfermeiros, em todos os momentos da prestação de cuidados ao utente e, como tal permite captar informações que por vezes lhe são ocultadas por este. Com o olhar

pode-se ler expressões do rosto, as quais, por vezes indicam o que a pessoa não consegue dizer ou se esforça por esconder.

Por vezes, a informação captada através do olhar torna-se invasiva para o doente na medida em que as expressões, reacções, ou mesmo algumas partes do corpo que o utente entende que são privadas, conseguem ser alcançadas por este órgão dos sentidos, excepto se houver algum tipo de impedimento que resguarde o observado. Referimo-nos ao olhar invasivo, não só do enfermeiro, mas também de outros elementos que interagem com o mesmo, daí que seja importante que o enfermeiro minimize a exposição do doente com a utilização de material de apoio que o permita.

Por outro lado, o próprio doente expressa através do olhar os seus sentimentos, emoções e anseios, cabendo ao enfermeiro ler e interpretar a realidade que ele lhe transmite pois quando cuida da sua intimidade, por vezes o doente não consegue ou não tem à vontade para expressar verbalmente o que sente.

Consideramos, contudo, que o olhar deve ser utilizado como um complemento aos outros meios de comunicação pois por si só pode não descodificar na totalidade as necessidades do doente.

Mercadier (2004:19) relata que “O olhar pode vaguear ou fixar-se, selecciona, penetra, julga”. Sendo assim, pensamos que, o olhar pode ser, por um lado, factor de ajuda, por outro, pode tornar-se num instrumento invasivo. Riley (2004), afirma que na prestação de cuidados de enfermagem existe uma enorme exposição do indivíduo e, consequentemente, este é alvo de um olhar mais atento e intenso por parte do enfermeiro como forma de detecção de sinais e de vigilâncias com fins terapêuticos ou preventivos. Conquanto, para o prestador de cuidados seja um olhar «normal» e necessário, para o utente, sentir-se observado pode tornar-se numa atitude invasiva, por estar exposto e a ser alvo de uma avaliação.

Há que considerar, ainda, que a experiência de ser olhado, quando reduzida, torna-se agradável e compensatória. Porém, quando é duradoura, desenvolve uma sensação incomodativa e de ansiedade (Argyle, 1972 citado por Bitti & Zani, 1997:157). Ribeiro (2005:124) comunga desta mesma opinião, ao referir que um olhar fugidio pode ser claramente atractivo, do mesmo modo que olhar fixamente nos olhos, pode denotar transparência ou sinceridade como dominação ou malefício. Tal como os outros órgãos dos sentidos, o olhar pode ser interpretado consoante a pessoa, podendo, através deste, receber diversas mensagens e atribuir-lhe, consequentemente, uma conotação agradável ou desagradável.

Para o utente, “Quando a proximidade física é uma imposição do cuidar, este como que desonera o olhar do prestador dos cuidados da sua inconveniência; (...) cabe-lhe respeitar a regra e fechar os olhos para evitar constrangimentos, tanto da parte do prestador como da sua. Fechar os olhos pode ainda constituir uma forma de o doente exteriorizar a vergonha que sente” (Simmel, 1981; Le Breton, 1998 *in* Mercadier, 2004:24).

De acordo com Manen (1998) “(...) se o olhar dos outros não se centra na minha paisagem mas no meu corpo, então este olhar pode fazer duas coisas: ou o olhar objectifica e faz do meu corpo uma coisa, um objecto, ou o olhar pode intensificar a minha subjectividade e dar-me o direito excepcional de ser eu próprio como alguém que tem este corpo. “O encontro com uma outra pessoa implica também os órgãos dos sentidos, e se não tiver para com ela uma forma de olhar diferente do olhar que se dirige sobre as coisas, a pessoa é então, quer eu o saiba quer não, objecto da minha análise e de um olhar objectivante” (Renaud, 1992:569). Ou seja, dirijo um olhar ético quando o que «vejo» é exactamente a presença de outro ser humano não reduzido à sua objectividade, quer esta seja corpórea, sexual ou financeira (Renaud, 1992).

De acordo com Mercadier (2004), quando a enfermeira capta o doente com o olhar, o doente avalia-a. O mesmo autor acrescenta ainda que, o primeiro olhar dirigido pela enfermeira ao corpo do doente, trata-se de um olhar clínico que separa, que analisa”.

Botelho (2004:10) refere “quando estou doente o meu corpo fica exposto ao olhar dos profissionais de saúde tornando-se num objecto da sua atenção. Ao fraccionar o corpo doente para mais facilmente fazer o diagnóstico da doença, o olhar do profissional de saúde deixa de encontrar o doente para encontrar a doença e do mesmo modo no seu corpo ele não lê uma biografia mas uma patologia”.

É frequente a pessoa analisar o olhar dos enfermeiros, para captar, nele, o que nem sempre é expressado verbalmente, nomeadamente a repulsa, a gravidade da doença ou até mesmo a própria morte (Mercadier, 2004). Ou seja, “O olhar do prestador de cuidados é clínico, estético, afectivo; o do doente procura um diagnóstico, um conforto, ou por vezes um fugaz prazer (olhar erótico/pornográfico)” (ibidem, p.24).

Sendo que, o prestador de cuidados pode dirigir para o doente diversos tipos de olhares, desde o olhar afectivo, por vezes cheio de compaixão, que frequentemente pretende transmitir ânimo, até ao olhar estético, quando não mesmo, em alguns casos, erótico; pode também ser um olhar informativo, um olhar-verdade, que fica por momentos

completamente desligado da dimensão afectiva para se tornar um olhar estritamente clínico (Mercadier, 2004).

2.2- A ESCUTA

A audição, exerce uma função marcante na comunicação humana, na medida em que o ouvido representa, na percepção do tempo, o papel que o olhar realiza na função do espaço. Barthes (1984) citado por Ribeiro (2005) distinguiu a diferença entre o ouvir e o escutar. Por um lado, ouvir é um fenómeno principalmente fisiológico com uma função essencial de defesa, como demonstra a própria anatomia do ouvido. Por outro lado, escutar é uma função psicológica, uma vez que presume de intenção e impõe de atenção.

A escuta constitui a atenção específica do ouvido. Quando escuto, posso mesmo fechar os olhos, para poder melhor concentrar-me sobre aquilo que quero escutar. Noutros termos, a escuta implica um recolhimento dentro de mim, para discernir a natureza do som ou desta linguagem que um outro quer comunicar-me.

De acordo com Barthes (1984), citado por Ribeiro (2005:126), “a escuta é essencial para a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, devendo ser encarada como uma arte enraizada no coração de cada enfermeiro. Podem diferenciar-se três tipos de escuta, conforme ela se direcciona para “indícios (escutar o que pode ocorrer), para signos (escutar um segredo) ou para o próprio emissor (escutar quem fala)”. Neste seguimento, Ribeiro (2005) acrescenta ainda que o emissor, ao falar, emite voz que, consoante os seus sentimentos ou emoções, ostenta variações de força, amplitude, timbre, velocidade, articulação, ritmo e acentuação. O tom da voz, agudo, ressonante, nasal, suave, alto, monótono ou profundo, pode ter inúmeros significados na comunicação. O timbre, a entoação da voz pode significar autoridade, poder, submissão, raiva, amor, protecção, angústia, horror, tranquilidade entre outros. Pode retratar não só a personalidade como também o carácter e o meio social de origem do transmissor (Oliveira, 2006).

Na relação de ajuda, cada enfermeiro deve desenvolver meios de comunicação de forma que o processo de cuidar se torne mais eficaz e o saber escutar contribua para a descoberta de sentimentos e informações que são necessárias mas que, por vezes, o utente se retrai na sua divulgação. Esta retracção é fruto de, na actualidade, existirem muitas pessoas que vivem o seu mundo de uma forma muito privada e íntima, que se por

um lado não exteriorizam as informações do seu interior, também não se mostram disponíveis para escutar as outras.

No processo de cuidar é muitas vezes necessário que estas informações mais profundas do doente, reconhecidas pelos enfermeiros como íntimas e confidenciais, sejam exteriorizadas. Assim, o enfermeiro é educado para escutar altruisticamente informação confidencial do doente e a utilizá-la apenas se se tratar de um contexto de cuidar. Neste sentido, a escuta implica um compromisso activo com o utente, uma disponibilidade para perceber a experiência vivida pelo enfermeiro e pelo doente e uma habilidade para o interpretar tendo em conta estas experiências anteriores. É importante que o enfermeiro permita que o utente se exprima no seu próprio ritmo e até que faça momentos de pausa sem lhe causar pressão de forma que o silêncio também seja um factor a ter em conta (Cibanal, 1991).

O silêncio não é sinónimo de vazio, é a escuta deste que exige a presença mais efectiva do enfermeiro na medida em que o silêncio traduz as vivências mais profundas do indivíduo (Riley, 2004), são momentos em que o doente encontra “fôlego” para exprimir acerca de seu íntimo que, embora sejam necessárias para o seu processo de cuidar são difíceis de exteriorizar. Por vezes, a presença silenciosa do enfermeiro é muito mais significativa e terapêutica do que um longo diálogo, pelo que, a qualidade da interacção não depende da quantidade mas sim da sua intenção e finalidade.

Muitas vezes, é através da escuta, que se torna possível aperceber de situações que não são perceptíveis pelo olhar, que podem dizer algo sobre a intimidade e o pudor do utente, que visivelmente tenta simular esses aspectos, mas que, se o enfermeiro estiver a utilizar a escuta activa, pode-se aperceber de um discurso que não é coerente, trémulo, com demasiadas pausas e momentos de silêncio, que podem dever-se a questões da intimidade.

Deste modo, há que ser capaz de apreender tudo o que o utente comunica, pois qualquer mudança nessa comunicação, pode reportar-se para situações de invasão da intimidade, para as quais, o enfermeiro deve estar preparado para agir, de modo a que a relação enfermeiro-utente se mantenha sólida e benéfica para ambos.

Em muitas situações, existem doentes que chegam aos serviços de saúde abandonados e que se mantêm abandonados porque ninguém os compreende ou até mesmo porque ninguém os ouve. E, segundo Rogers (1984), algo que se pode observar nesses doentes é que quando estão a ser ouvidos em profundidade, os olhos se lhes humedecem, quase choram de alegria, pois sentem que existe ali um suporte, alguém em

quem eles podem depositar as suas preocupações e os seus problemas, quer sejam físicos ou psicológicos, quer sejam mais superficiais ou mais íntimos.

No processo de cuidar e ser cuidado, a comunicação apresenta-se como um elo entre o cliente e o enfermeiro, um elemento indispensável na qualidade das relações, na identificação do processo saúde-doença e na realização do cuidado, pois determina uma prática humanizada, na qual ocorre uma troca de mensagens compartilhadas, enviadas e recebidas. Para que a comunicação seja efectiva, o enfermeiro precisa compreender o ser humano como um ser activo e o cuidado como finalidade nas mais variadas situações de vida (Oliveira, 2006).

2.3 - O TOQUE

Desde a via maternal e depois ao longo do desenvolvimento do ser humano, o tacto permite a expressão de afectos, a vinculação, a identidade e a intimidade, tornando-se num veículo imprescindível nas relações de afecto e interpessoais (Ferrão, 2005). “O toque constitui um meio de comunicação tão eficaz quanto a linguagem corporal e a palavra” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995:490). Segundo Seaman (1982) *in* Berger e Mailloux-Poirier (1995:490) “A necessidade de tocar e ser tocado persiste ao longo de toda a vida e pode ser intensificada pelos défices sensoriais e as perdas pessoais que sobrevêm no decurso da velhice”.

O toque é reconhecido como uma forma muito pessoal de comunicação, uma forma autêntica, no qual são transmitidas mensagens como afeição, ternura, apoio emocional, encorajamento, atenção pessoal, ou ao contrário, raiva, desapego, falta de atenção. Os gestos manuais também se manifestam como importantes na comunicação, pois muitas vezes pontuam e esclarecem a palavra falada (Oliveira *et al*, 2006). Pode ser utilizado não só como forma de tratamento, mas também como meio de comunicação e integração, pois permite manejar, manipular, levantar, movimentar e também sentir, estimular, acalmar e massajar (Lopes, 1999).

Para além de diminuir os sintomas relacionados com o stress e sintomas psicossomáticos, o toque, funciona também como forma terapêutica em situações relacionadas com sensação de isolamento, privação sensorial, a necessidade de estar ligado aos outros pelo toque, necessidade de intimidade, diminuição da auto-estima, medo da morte.

Ao longo dos diversos cuidados de reparação e manutenção de vida o enfermeiro toca inúmeras vezes no utente sem se aperceber da forma como esse toque é efectuado e qual o seu significado para o utente. O toque dos enfermeiros tenta transmitir compreensão, apoio, calor, conforto, ternura, desejo de ajudar e de envolvimento, melhorando a sensação de bem-estar e promovendo a recuperação física do doente. Ao tocarmos a pessoa aquando da prestação dos cuidados de enfermagem, invadimos o espaço dessa pessoa. É evidente que quanto mais a pessoa se torna dependente tanto mais necessidade temos de invadir a sua intimidade.

Moraga (1989) aborda duas componentes estruturais fundamentais do toque: o toque afectivo positivo e o toque relacionado com a tarefa, sendo o primeiro afectivo, expressivo, confortante, carinhoso e não prático e o segundo, tarefa, processual ou instrumental. Defende ainda a utilização de três tipos de toque pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros:

- toque de carinho, expressivo ou afectivo, que se traduz num contacto intencional relativamente espontâneo e afectivo, não necessariamente relacionado com uma tarefa específica, e que tem como finalidade demonstrar carinho, apoio emocional e proximidade em relação ao doente;

- toque de tarefa ou toque instrumental, que envolve o toque intencional necessário ao desempenho de uma tarefa (prestação de cuidados de higiene, realização de penso, ...);

- toque de protecção, utilizado para proteger o doente fisicamente e o enfermeiro física e emocionalmente.

“O sentido de tocar está ligado à pele e, assim, o toque, se é securizante, permite ao outro reestruturar-se corporalmente – todavia, pode colocar a integridade corporal em perigo, se existir recusa. Moraga (1989) refere que na prática de enfermagem existe o corpo da pessoa cuidada e a qualidade de toque que a enfermeira oferece. Assim devem ser aprendidas formas de tocar o outro que confirmem um cuidar securizante e confiante” (Artigo 86º - Do respeito pela intimidade: Código Deontológico do Enfermeiro, 2002:87).

De acordo com Benner (2005:79,81), o toque “(...) cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação”. Acrescenta ainda que, “Ele veicula tanto mensagens de apoio como um reconforto e uma estimulação física. Trata-se talvez do simbólico da imposição das mãos, característica dos cuidados de enfermagem”. Assim, o toque deve ser utilizado racionalmente pois, cada doente reage de forma diferente a este, o ambiente sócio-cultural e familiar bem como as

vivências passadas influenciam a utilização desta forma de contacto e o significado que lhe é atribuído.

Na verdade, independentemente de quem toca, “um mesmo contacto pode ser sentido como toque casual (neutro), como carícia (agradável), como cócegas (desagradável) ou como violação da intimidade (ofensivo)”. Por conseguinte, “o toque quando efectuado pela mesma pessoa, será interpretado como agradável ou desagradável conforme as condições espaço-temporais existentes (“questão de oportunidade”) ou conforme a organização subjectiva de quem é tocado (“questão de receptividade”)” (Ribeiro, 2005:131-132).

Como demonstrou Hall, nos seus trabalhos sobre a proxémia (espaço necessário entre dois indivíduos para que se sintam à vontade), os gestos de cuidados situam-se maioritariamente na distância íntima (inferior a quarenta e cinco centímetros, até ao contacto físico), no centro desta “redoma” onde nos sentimos confiantes ou inseguros, consoante a forma como o outro se aproximou de nós. Esta distância íntima, onde os canais sensoriais que dominam são o cheirar e o tocar, onde o envolvimento corporal e o contacto físico dominam a consciência dos parceiros em interacção, remete para três registos: o da violência e da agressividade, o do erotismo, da sensualidade e da sexualidade e, finalmente, o do ternura, dos comportamentos de protecção e conforto, registo a que a nossa intencionalidade e os nossos gestos de cuidados se querem juntar (*in* Cabete, 2004).

Deste modo, sobretudo no início de uma relação é necessário obter permissão para tocar e invadir o território do doente, sob pena de nos colocarmos numa posição perigosa. É necessário criar uma relação, um entendimento e confiança prévia para que o acto de tocar não seja bloqueio, transgressão do corpo do outro. Segundo Estabrooks (1992), o processo de tocar uma pessoa tem exigências próprias. Há que primeiro pedir permissão para entrar (fala). De seguida falar e tocar e, por fim, estabelecer a relação tocando e deixando-se tocar. Só neste momento é que há uma reciprocidade que vai além do contacto de pele com pele.

O contacto pode ser efectuado pele com pele sem existir nenhum tipo de barreiras o que torna o toque mais pessoal e mais íntimo do que se tiver algum tipo de protecção (luvas ou roupa) que impeça esse contacto. Cada uma destas situações pode desencadear diversas reacções no doente visto que o uso de protecções gera sensação de distância: “ele não me pode tocar...”, de protecção por causa “do meu corpo” ou “da minha doença”, ausência de limpeza corporal: “usa luvas para não se sujar”, enquanto

que se o toque for efectuado com contacto directo há um sentimento de maior proximidade e confiança.

O uso de luvas na higiene corporal, especialmente na higiene das zonas íntimas, parece-nos funcionar como uma barreira ao contacto físico, conduzindo à privação sensorial e tornando esta situação menos constrangedora. Na opinião de Mercadier (2004:33), “As luvas fazem com que as mãos não sintam a viscosidade das peles, não fiquem com escamas agarradas nem adquiram o cheiro dos corpos que tratam”. Se é certo que as luvas devem ser usadas com o intuito de prevenir o contacto da pele das mãos com sangue, secreções ou mucosas, durante a prestação de cuidados e para manipular instrumentos e superfícies (Smeltzer & Bare, 2005), certo é também, que os enfermeiros continuam a menosprezar a sua utilização na realização de técnicas para as quais estas seriam imprescindíveis, nomeadamente nas colheitas de sangue, nas punções venosas, entre outras, abusando porém da sua utilização na realização de algumas actividades que não sendo de elevado risco de contaminação, apenas exigem o contacto com a pele, com o corpo do outro, de que são exemplo os cuidados de higiene, a massagem de conforto, os posicionamentos (Augusto, 2004).

Na massagem de conforto, bem como nos posicionamentos, o uso de luvas poderá funcionar como elemento desencadeador de sofrimento. Nesta sequência, os sentimentos vivenciados são ambivalentes e contraditórios, alternando entre sensações de harmonia ou desarmonia.

O toque-massagem “É um acto privilegiado que nos permite comunicar calor humano, apaziguar e que não é invasivo. A escuta do corpo através do estímulo do toque-massagem é uma das respostas a propor às pessoas cuidados com perda de autonomia.

Instrumento de enriquecimento dos cuidados, o toque-massagem de enfermagem é simultaneamente um processo e um meio de intervenção. O toque voluntário é uma maneira, para o enfermeiro que o realiza, de transmitir o seu desejo de estar presente, de «estar em relação» «de outra forma, de aliviar e de entrar em contacto no plano físico com uma pessoa que sofre, de cuidar dela e de a ajudar a descontraír. É também reconhecê-la naquilo que ela é, para além do corpo testemunha da doença, procurando induzir no doente a calma, a descoberta de um prazer, uma melhor consciência do seu esquema corporal e uma melhor aceitação do seu tratamento” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000).

Através da comunicação não verbal é possível a transmissão de atitudes e emoções, e o toque apresenta-se como uma forma desta comunicação. O tacto, pela carga emocional que poderá transmitir, permite a expressão de sentimentos como a calma, carinho, segurança, agressividade, pressa, raiva, amor, medo e o calor humano, sendo as mãos o “instrumento” utilizado para os expressar, ou seja, mostra-se como um meio de ajuda para a pessoa se “abrir”, de modo a ganhar uma maior percepção do seu potencial interior e de tomar iniciativa de se auto-realizar.

O toque é um instrumento terapêutico que os profissionais de enfermagem podem utilizar para suprir as necessidades do idoso de ser confortado e transmitir melhor compreensão do que palavras ou outros gestos. Pode ser um estímulo sensorial, reduzir a ansiedade, orientar a pessoa para a realidade, aliviar o sofrimento psicológico e emocional e consolar durante um processo terminal” (Almeida, 1999:84).

Segundo Lopes (1994), os enfermeiros trabalham em ambientes onde o corpo é visto com objectividade profissional, não havendo, portanto, áreas do corpo proibidas de serem tocadas. Moniz (2003), citando French (1985), alega que os enfermeiros têm “permissão automática” para tocar certas zonas que são socialmente proibidas de serem tocadas. Esta situação tanto pode ser perturbadora para quem cuida como para quem é cuidado, pois “As pessoas atribuem grande importância à preservação da sua intimidade. A intimidade encontra-se associada ao controlo e à autonomia das pessoas” (Moniz, 2003:117).

Mas será que os enfermeiros têm o direito de manipular indiscriminadamente o corpo dos utentes? Como sentir-se-ão os utentes face a esta manipulação?

2.4 – O OLFACTO

Não menos valorizado que os restantes sentidos, surge o olfacto.

Na pessoa, o odor pode levar a que esta vivencie situações que poderão ser positivas ou negativas, podendo ter repercussões ao nível do equilíbrio pessoal, acabando por condicionar a relação enfermeiro-pessoa. De acordo com Mercadier (2004:36), “o olfacto tem o poder de atrair, de seduzir ou de provocar afastamento e repulsa. No caso dos doentes, ergue-se uma barreira «natural», através do seu cheiro repulsivo, barreira que talvez seja «sensato respeitar»”.

“(…) o cheiro pode chamar ou não chamar a minha atenção; se a chamar, ele exerce sobre mim um convite para me aproximar ou afastar. Mas quando sou atingida por um cheiro desconhecido, o meu movimento espontâneo é a inspecção: «o que é isto?»? (...) Deste modo, uma gama de reacções estabelece-se entre a desatenção e a atenção evocativa, imaginativa ou sonhadora, entre a aproximação e o afastamento, entre a indiferença e a objectivação ligada à inspecção” (Renaud, 1992:571).

Segundo Buonfiglio (2004), O olfacto também é poderoso, quando o odor é agradável, provoca relaxamento dos músculos faciais, sorriso, tonalidade afável da voz, aceno de cabeça, abertura da boca e respiração mais profundas. Os odores ligam-se entre a emoção e a memória, entre o prazer e o desprazer (citado por Oliveira *et al*, 2006)

“O olfacto surge como o sentido do ambiente hospitalar por excelência. O prestador de cuidados terá sempre a possibilidade de desviar o olhar, mas o cheiro impõe a sua presença de modo tal que é muito difícil encontrar qualquer estratégia de neutralização, cuja eficácia é, na maior parte dos casos, meramente parcial e passageira” (Mercadier:2004:34). Ainda segundo este autor, “Dos quatro sentidos mobilizados pelo prestador de cuidados, o olfacto é o que transmite as sensações mais desagradáveis. Dentro do hospital, o olfacto não engana ninguém e faz jus ao qualificativo de sentido da sobrevivência: o cheiro a podre, a decomposição, anuncia a morte próxima” (p.34).

Em favor das considerações aqui abordadas, consideramos que o uso consciente de todos os órgãos dos sentidos pelo enfermeiro, estão inerentes na prática de enfermagem para que o cuidado possa ocorrer. Nesta linha de pensamento, reconhecemos que, através dos órgãos dos sentidos, o enfermeiro recebe e transmite informação para a pessoa, servindo como método de avaliação acerca do estado geral da mesma, o que permitirá aos enfermeiros uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

PARTE II – O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS: QUESTÕES ORIENTADORAS

O envelhecimento é um fenómeno universal que faz parte da realidade humana. De acordo com a Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento da ONU prevê-se que o custo global médio dos cuidados de saúde relacionados apenas com o envelhecimento entre o ano 2000 e 2050 aumente 41%.

Em Portugal, tem-se assistido a um desequilíbrio geracional com o aumento de pessoas idosas, ou seja, a um aumento significativo da esperança média de vida e, em contrapartida, a uma redução da natalidade. De acordo com os Censos de 2001²⁴, na última década (1991-2001), o envelhecimento demográfico, definido como o aumento da importância relativa de idosos na população total, foi transversal a todo o país.

O aumento da esperança de vida origina o surgimento de pessoas com idades avançadas e, consequentemente, mais dependentes, “(...) significando maiores custos médico-sociais, maiores necessidades de suporte familiar e comunitário, maior probabilidade de cuidados de longa duração, devido à maior prevalência de doenças crónico-degenerativas, conduzindo a uma maior solicitação de apoios formais e informais” (Imaginário, 2004:89).

Considerando o aumento exponencial da população idosa, da doença e da incapacidade associados à longevidade, facilmente se compreende a razão da elevada percentagem de idosos internados nos serviços de saúde. Em Portugal, de acordo com Silva (2006:87) “quase metade dos internamentos hospitalares são de doentes com idade igual ou superior a 65 anos, com tendência a aumentar (...)”.

A hospitalização representa para a pessoa idosa uma ameaça e um desafio que pode ser vivenciado de diferentes formas, de acordo com a capacidade de adaptação, experiências anteriores e as representações de saúde e doença. “Sabendo-se que a pessoa idosa é avessa à mudança, apegada à sua forma de estar e às suas rotinas, qualquer factor que modifique o quotidiano provoca alterações que se repercutem na sua dependência” (Silva, 2006:87,88).

²⁴ Dados consultados, em Março de 2006, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main.

Os cuidados de higiene, considerados como «evidentes», «dependentes da consciência profissional», «secundários», «acessórios» ou «sem interesse», em comparação com «*actos técnicos*» levam ao contacto directo com a intimidade do corpo, o que continua a ser profundamente afectado por todos os estigmas do passado: o corpo continua a ser tabu, equívoco, vulgar (Collière, 2003). Geralmente, são efectuados a pessoas que manifestam incapacidade de “(...) adoptar comportamentos ou realizar por si só acções que lhe permitam obter um nível aceitável de satisfação das suas carências, podendo ser estas necessidades do domínio físico, psicológico, social ou económico” (Imaginário, 2004:47). Podem deles advir repercussões psicológicas, pois os utentes sentem-se sem capacidade de se autocuidarem e simultaneamente vêem o seu corpo doente como “fonte de dor e problemas”, um “objecto manipulado” por alguém que lhes é desconhecido, sentido como “estranho” e como “parte inegável de si” (Manen, 1998). No banho, as partes corporais são discretamente descobertas e lavadas, mas também são descobertos os sentimentos e pensamentos interiores (Manen, 1998). “Se considerarmos que na nossa sociedade não é aceite apresentarmo-nos sem roupa, podemos concluir que, para as pessoas, mesmo em situação de doença, estar despido pode ser embaraçoso e desagradável. Afinal, somos educados para não expor nosso corpo, (...) de acordo com os padrões de comportamento vigentes na sociedade em que vivemos (...). O cliente, sujeito do processo de trabalho da enfermagem, é um ser humano e, como tal, tem personalidade, dignidade, honra, pudor e preconceitos” (Pupulim, 2003, *in* apresentação). Segundo Manen (1998:10), importa aos profissionais de saúde estarem “cientes de como o corpo é experienciado em variados modos de bem-estar ou doença, conforto ou desconforto”. O mesmo autor acrescenta ainda que as “Doenças graves mudam tudo: o nosso sentido de tempo e prioridades, a nossa experiência de espaço, o sentimento das nossas relações com os outros, a nossa percepção de nós próprios e do corpo. No momento em que o nosso bem-estar é perturbado descobrimos tal como era o nosso próprio corpo” (p.12).

Centrando-se os cuidados de enfermagem numa dinâmica com o paciente (Ebersole, 2002, Henderson, 1982 *in* Carvalhais, 2007), o enfermeiro deve cuidar de cada sujeito, tendo em conta as suas necessidades e desejos. Neste contexto, o paciente será o melhor juiz sobre os cuidados de enfermagem que promovem o seu bem-estar (Johansson, 2004, *ibidem*). Nas últimas décadas têm-se dado cada vez mais atenção à experiência dos pacientes com os cuidados de saúde, em geral, e com os cuidados de enfermagem, em particular, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos pacientes são fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, depreende-se que a maneira como cada idoso no decurso do internamento encara os

cuidados prestados pelos enfermeiros durante o banho condicionará de forma decisiva a ideia que faz sobre os enfermeiros. No entanto, apesar do número crescente de idosos dependentes, a sua perspectiva sobre o modo como experiencia esse cuidado não se encontra profundamente descrita na literatura, factor que se entende como fundamental para adequar os cuidados de enfermagem às expectativas dos utentes.

Sendo assim, com o intuito de compreender como se sentem os idosos cuidados pelos enfermeiros durante a prestação do banho no leito, formulamos a questão central deste estudo:

Como vivem os idosos dependentes a sua intimidade, durante o banho no leito, realizado por um enfermeiro?

As questões de investigação formuladas conduziram à definição dos objectivos do estudo que, constituem “(...) enunciados que indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo” (Fortin, 1999:40).

Sendo assim, traçou-se como objectivo Geral:

Compreender como vivenciam as pessoas idosas dependentes a sua intimidade durante o banho no leito realizado por um enfermeiro

... E como objectivos Específicos:

- ✓ Compreender como vivencia a pessoa idosa o estar dependente e necessitar que lhe dêem banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa a sua intimidade;
- ✓ Compreender como experiencia a pessoa idosa o toque do enfermeiro no seu corpo durante o banho;
- ✓ Perceber como vivencia a pessoa idosa o desnudamento do corpo no banho;
- ✓ Compreender como se sente a pessoa idosa cuidada pelos enfermeiros durante o banho.

A relevância prática desta dissertação assenta principalmente, na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa, durante o banho no leito, em contexto de internamento hospitalar, tendo em conta a preservação da privacidade, intimidade e bem-estar da mesma. E, de acordo com Collière, (1999); Ribeiro, (1995) e

Hesbeen, (2000), só seguindo um caminho de “dar voz” a quem experiencia a situação, poder-se-á (re)conhecer contributos da sua experiência para a melhoria dos cuidados que prestamos, bem como os contributos da intervenção dos profissionais para uma promoção da sua dignidade, aliás premissa essencial para a enfermagem.

2- OPÇÃO METODOLÓGICA

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) método científico refere-se ao conjunto geral de procedimentos ordenados, disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas. Por seu turno Hesbeen (2000:146) cita De Ketele, Roegiers (1993) dizendo que “a investigação é um processo sistemático e intencionalmente orientado e ajustado com vista a inovar ou a aumentar o conhecimento num dado campo”.

Neste sentido, Quivy e Compenhoudt (1998) entendem metodologia como o prolongamento da problemática e do modelo de análise, articulando de forma operacional os marcos, as pistas, que serão finalmente retirados para orientar o trabalho de observação e análise. Sendo assim, a metodologia permite elaborar o perfil científico de um trabalho de investigação.

A metodologia reflecte o percurso do desenvolvimento e concretização dos objectivos de uma investigação. Para Fortin, na fase da metodologia o investigador determina “os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação (...) define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados” (1999:40).

Neste capítulo, procuramos desenvolver os aspectos metodológicos que concretizarão a nossa investigação.

2.1- TIPO DE ESTUDO

A Investigação é considerada um desiderato fundamental para a qualidade dos cuidados que prestamos. De acordo com Collière (1999), a investigação pode contribuir para uma melhoria dos cuidados na condição dos utilizadores serem considerados parceiros, orientar o sentido da prática e prevenir ou resolver as dificuldades quotidianas

geradas pela doença ou deficiência, tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo de saúde e doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores.

Como refere Costa (1995:285) “as novas lógicas da investigação, porque re/investidas do real dos cuidados colocam-nos na compreensão global da vida de todos os dias, tal como se manifesta através do vivido dos actores”.

Em qualquer trabalho de investigação, o tipo de estudo a adoptar está impreterivelmente relacionado com o que se pretende estudar que, por sua vez, tem origem na visão que cada um tem do mundo, ou seja, depende do paradigma que norteia e ajuda o investigador a apurar o âmago do fenómeno de interesse, como referem Polit, Beck e Hungler (2004).

Bogdan e Biklen (1994:52) explicam que “(...) um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições lógicas relacionadas e que orientam o pensamento da investigação”. Os paradigmas, nas ciências humanas e sociais, ajudam-nos a entender os fenómenos: apresentam assunções acerca do mundo social, de como a ciência deve ser conduzida, e do que constituem problemas legítimos, soluções e critérios de evidências (Firestone; Gioia & Pitre; Kuhn, citados por Creswell, 1994).

Sendo assim, Gergen (1980) refere-se aos dois paradigmas mais habituais: o paradigma positivista e o paradigma construtivista aos quais correspondem, respectivamente, as metodologias quantitativas e qualitativas (citado por Basto, 1998).

Nesta perspectiva, considera-se que o fenómeno que se pretende investigar neste estudo encontra-se inserido num paradigma naturalista ou construtivista, caracterizado por “considerar as teorias como forma de tornar a experiência inteligível, procurando o sentido dado à experiência vivida e a compreensão da cultura, podendo gerar hipóteses, seguindo um pensamento indutivo” (Gergen, 1980; citado por Basto, 1998:28).

Os métodos qualitativos como frisa Morse (1989) permitem-nos explorar situações complexas da vida real, dão-nos a possibilidade de utilizar estratégias metodológicas múltiplas que nos permitem aceder ao conhecimento de um modo eclético, porque nos dão a possibilidade de compreender o sentido das experiências vividas pelos vários actores sociais: doentes, famílias e equipa de saúde.

A pesquisa qualitativa trata-se de um tipo de investigação que pretende captar em profundidade, detalhe e especificidade, os fenómenos que se pretendem estudar; procura-se o sentido dado à experiência vivida (Basto, 1998).

O investigador qualitativo tem como objectivo primordial, perceber aquilo que os sujeitos experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem (Psathas, 1973; Bogdan & Biklean, 1994). Também de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), estes pesquisadores tendem a concentrar-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenómenos, tentando capturá-los na sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam.

Segundo Cuesta (1997) na investigação qualitativa há intencionalidade, empatia. A investigação qualitativa dá-nos uma perspectiva holística, porque tenta capturar o fenómeno, a realidade de uma maneira subjectiva e compreendê-la no seu contexto. O contexto em que os indivíduos se movem permite-lhes atribuir significados. As pessoas são activas, criadoras do seu mundo social e cultural. A cultura funciona como um recurso na construção de significados.

Bogdan e Biklen (1994:22), referindo-se à natureza dos dados qualitativos, caracterizam-nos como “sedutores, permitindo descrições e explicações ricas e solidamente fundadas de processos ancorados num contexto social” e “ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico” (p. 16).

Uma vez que a prática profissional de Enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas, a fenomenologia como um método é bem adequada à investigação de fenómenos importantes para a Enfermagem, continuando a ser uma ciência em desenvolvimento na Enfermagem enquanto método de investigação (Carpenter & Streubert, 2002).

Optou-se pelo recurso à abordagem fenomenológica, a qual pretende descrever e compreender as experiências humanas tal como elas aparecem à consciência. A ênfase é colocada na análise dessas experiências sob o ponto de vista daqueles que as vivem (Watson, 2002). A meta dessa pesquisa é “descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir” (Polit, Beck & Hungler, 2004:207). Neste método é essencial ter em conta a experiência vivida e o modo como foi vivida e interpretada pelos sujeitos, ou seja, “compreender um fenómeno, para extrair dele a essência do ponto de

vista daqueles que vivem ou viveram a experiência” (Fortin, 1999:158), porquanto todo e cada ser humano tem a sua própria e única história e modo de olhar a vida.

O exercício da fenomenologia é, portanto, uma via (não única, é certo) que viabiliza a compreensão de realidades *sui generis* (por serem únicas para cada pessoa) com as quais convivemos, a partir da perspectiva de quem as vivencia e lhes atribui um significado próprio e subjectivo e que, por isso, o torna único.

Facilmente depreendemos pelo anteriormente descrito que, ao conceito Fenomenologia está impreterivelmente associado o conceito de vivência, relacionado com a forma como as pessoas vivem e sentem as suas diversas experiências de vida passadas ou presentes. Pois, os acontecimentos específicos da vida são vividos e sentidos por cada pessoa como uma experiência individual e intrínseca, possibilitando uma vivência pessoal e irrepetível.

Sendo assim, as vivências constituem tudo o que é vivido, subjectivamente, pelo próprio, referindo-se a um “Eu” pessoal que experiencia algo presente, surgindo como elo de ligação entre o “Eu” e o mundo e a partir das quais se opera o conhecimento (Kulpe & Cornelius, s/d, citado por Correia *et al*, s/d).

Assim, e tal como acrescentam Munhall e Boyd *in* Loureiro (2002:11), “a investigação em enfermagem não pretende compreender as pessoas apenas através daquilo que é passível de ser observado e medido, mas, sobretudo, através das descrições que estas fazem dos seus mundos, isto é, as suas vivências, experiências e o que para estas significa viver determinado fenómeno”.

A enfermagem assenta a sua prática num sistema holístico, o qual visa cuidar da pessoa de acordo com as suas peculiaridades e tendo em conta a mente, o corpo e o espírito. Neste sentido, e tal como refere Carpenter (*in* Streubert & Carpenter, 2002:63), “(...) cuidar de uma parte do cliente é inconsistente com a prática de enfermagem, pelo que o é também, o estudo dos seres humanos, fragmentando-os”. Por este motivo, e de acordo com a mesma autora, o facto da pesquisa fenomenológica impor uma compreensão do todo, constitui outra das razões que torna este método adequado à investigação em enfermagem.

De acordo com Cohen (*in* Loureiro, 2002:11), a aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem tem como principal objectivo “(...) responder a uma das questões clássicas da teorização da prática de cuidados de enfermagem e que vem sendo exposta desde Nightingale (1969), ou seja, a busca do

entendimento das necessidades vividas pelos doentes, de modo a responder a essas necessidades de forma efectiva". A fenomenologia, enquanto método de investigação, permite comunicar à prática dos cuidados de enfermagem as descobertas relativamente às experiências vividas pelo outro, nomeadamente as suas necessidades, os seus desejos e receios e a forma como este experimenta determinado fenómeno (Loureiro, 2002).

Pretende-se que este estudo de carácter qualitativo tenha um propósito descritivo e exploratório, ou seja, que não se limite simplesmente a observar e registar a incidência de um fenómeno, mas também a explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pelo qual se manifesta e os outros factores com os quais se relaciona, tal como defendem Polit, Beck e Hungler (2004).

2.2 - PARTICIPANTES E AMOSTRAGEM

A selecção dos indivíduos para participar na investigação qualitativa é feita, em primeira-mão de acordo com a sua experiência no assunto em estudo, da cultura, interacção social ou fenómeno de interesse (Streubert, 2002).

De acordo com Morse (1991) citado por Streubert e Carpenter (2002), os investigadores qualitativos designam os intervenientes na pesquisa de participantes ou informantes ilustrando, desta forma, a posição que estes subscrevem. Neste sentido, não se age sobre as pessoas que tomam parte no estudo, pelo contrário, elas têm um papel activo no mesmo, o qual contribui para uma melhor compreensão das suas vidas e interacções sociais.

Assim sendo, e tendo em conta o tipo de estudo e o fenómeno a pesquisar, seleccionamos para participantes no nosso estudo as pessoas idosas, internadas nos serviços de Medicina I e II do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, que tenham vivenciado a situação de dependência, na prestação do banho no leito, pelos enfermeiros e que voluntariamente aceitem participar na investigação.

A escolha dos serviços de Medicina, deveu-se ao facto de nestas unidades prevalecer um maior número de pessoas idosas doentes que recebem cuidados, em que emerge um manancial rico de experiências relativas ao objecto em estudo. Estes idosos, regra geral, apresentam patologias múltiplas, de origem crónica ou agudizada e exigem

cuidados diferenciados. Pereira *et al* suporta esta ideia ao referir que é cada vez maior o número de idosos internados nos serviços de medicina, com problemas sociais complexos, de difícil resolução, o que se “reflecte em taxas de ocupação muitas vezes superiores a 100% e em demoras médias elevadas, variando entre os nove e os onze dias” (2002:347).

Tendo em conta o número de pessoas idosas internadas nestes serviços, dependentes de cuidados de enfermagem, tornou-se necessário definir uma amostragem de estudo. Segundo Fortin (1999:202), “Amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada”.

Assim, foram efectuados contactos com os enfermeiros que exercem a sua actividade, nestes dois serviços, e que serão os nossos informantes privilegiados, uma vez que estão no terreno e conhecem de perto os doentes. Em cada serviço foi questionado o profissional de enfermagem sobre o número de pessoas que preenchiam os critérios de elegibilidade determinados:

- a) Idade igual ou superior a 65 anos;
- b) Dependência de banho no leito, referenciada pelos enfermeiros do serviço;
- c) O banho ser fornecido por enfermeiros;
- d) Gosto por conversar;
- e) Orientação espaço-temporal;
- f) Ausência de perturbações mentais diagnosticadas; referenciados pelos enfermeiros do serviço;
- g) Aceitem participar no estudo através de contacto prévio;
- h) Autorizem a gravação sonora da entrevista.

Atendendo ao referido, esta amostragem será do tipo intencional, que segundo Patton (1990), consiste em seleccionar casos ricos de informação para estudar em profundidade (citado por Streubert & Carpenter, 2002). Para o mesmo autor, os casos ricos de informação são aqueles a partir dos quais se pode aprender muitos assuntos de importância central para a finalidade da investigação.

Por sua vez, o número de participantes do estudo será determinado ao longo do mesmo, ficando a amostragem completa quando a saturação dos dados for alcançada, ou seja, quando já não emergem novos temas ou essências dos participantes e os dados se repetem (Streubert & Carpenter, 2002; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Também Bogdan e Biklen (1994) referem que “Chega-se a um ponto em que se tem dados suficientes para realizar aquilo que nos propusemos, e a explicação do porquê permanece vazia. É essa a altura de dizer adeus e de passar para a análise de dados” (p. 201).

O quadro que se segue ostenta alguns dados de caracterização dos 12 (doze) participantes do estudo, os quais encontram-se identificados através da atribuição da letra (E) e de um número (1 a 10) pela ordem de realização das entrevistas. Caracterizamos os participantes de acordo com o sexo, idade, estado civil, profissão/escolaridade e se se trata do primeiro internamento.

A idade dos participantes do estudo variou entre os 67 e os 85 anos, sendo a idade média 75 anos. De acordo com as categorias gerontológicas adoptadas por alguns gerontólogos, 6 (seis) idosos assumem a categoria de idoso jovem, 6 (seis) de idoso médio e 1 (um) de idoso idoso como se pode visualizar no quadro.

Tabela 6 - Caracterização dos participantes do estudo

Identidade	Sexo		Idade	Estado civil	Profissão/escolaridade	1º Internamento	
	M	F				Sim	não
E ₁	X		75	Solteiro	Curso técnico	X	
E ₂	X		68	Casado	Operador máquinas		X
E ₃	X		73	Casado	Não foi à escola/barbeiro		X
E ₄	X		68	Casado	4ª classe		X
E ₅	X		82	Viúvo	Sem estudos		X
E ₆	X		74	Divorciado	Sem estudos		X
E ₇		X	70	Viúva	4ª classe		X
E ₈		X	84	Viúva	4ª classe		X
E ₉	X		67	Divorciado	Reformado		X
E ₁₀	X		85	Divorciado	Agricultor	X	
E ₁₁		X	79	Casada	Doméstica		X
E ₁₂	X		79	Viúva	Doméstica		X

O motivo da abertura de uma coluna com a designação profissão/escolaridade deveu-se ao facto de, quando questionadas as pessoas idosas acerca da sua escolaridade, a maioria dos idosos não saber referir com precisão as suas habilitações literárias, mencionando-nos apenas a sua profissão.

2.3 – CONTEXTO DO ESTUDO

De forma a melhor compreender o fenómeno a investigar, é essencial conhecê-lo no contexto em que ocorre.

Tendo em conta o contexto de estudo, Streubert e Carpenter (2002:24) designam campo como o “lugar onde os indivíduos de interesse vivem – onde experimentam a vida. (...) O propósito de conduzir a investigação no campo é alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre”. Estes autores referem ainda que “Estar no campo exige reciprocidade em termos de tomada de decisão. Os participantes decidirão que acesso à informação irão permitir ao investigador” (p. 25).

O estudo realizou-se em dois serviços de Medicina, Medicina I e II, de um hospital da Região Autónoma dos Açores.

O serviço Medicina I corresponde ao serviço que engloba utentes do sexo feminino e o serviço Medicina II utentes do sexo masculino. Ambos os serviços têm lotação para cerca de 60 camas.

Os internamentos sucedem-se ao longo das 24 horas diárias, havendo uma rotatividade de doentes admitidos, provenientes do serviço de urgência do mesmo hospital ou de outras unidades de cuidados, como por exemplo, Serviços de Atendimento Permanente do grupo central e por outro lado, doentes que têm alta hospitalar.

As razões da escolha de serviços desta natureza prendeu-se com o facto dos serviços de Medicina terem habitualmente uma grande variedade de situações, em termos de patologias, que se reflecte numa população internada com características também muito variadas, quer em termos de idades, classe social de origem, formação académica ou origem geográfica.

Em termos estatísticos, no ano 2008, foram admitidos nos serviços de Medicina 1575 utentes, com demora média de internamento, cerca de 9,63 dias. O serviço Medicina I (Medicina homens) admitiu cerca de 770 homens, com demora média de internamento cerca de 11 dias e o Serviço Medicina II (Medicina mulheres) registou uma admissão de 805 mulheres, sendo a média de tempo de internamento, cerca de 10,81 dias.

Tabela 7 - Movimento do internamento nos serviços Medicina - 2008²⁵

Especialidades	Nº de Internamentos	Demora Média
Dermatologia	20	12,57
Dermatologia Mulheres	18	11,47
Dermatologia Homens	2	23
Medicina Interna	870	8,81
Medicina Mulheres	474	8,56
Medicina Homens	396	9,11
Nefrologia	146	11,8
Nefrologia Mulheres	73	10,91
Nefrologia Homens	73	12,65
Neurologia	216	9,79
Neurologia Mulheres	102	11,26
Neurologia Homens	114	8,58
Oncologia Médica	109	11,89
Onc. Médica Mulheres	51	13,62
Onc. Médica Homens	58	10,45
Pneumologia	214	9,77
Pneumologia Mulheres	87	9,04
Pneumologia Homens	127	10,27
Total da Medicina	1575	9,63

Verificou-se que a especialidade medicina interna foi a que assinalou maior número de internamentos (870), seguida da neurologia, com 216 internamentos e pneumologia, com 214.

Relativamente ao número de doentes saídos²⁶, no ano de 2008, verificou-se que 324 tinham entre 65 e 74 anos, 404 com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos e 238 com mais de 85 anos. Ou seja, a faixa dos 75 aos 84 anos é a que mais se destaca, como bem podemos verificar na tabela n.º 9.

Tabela 8 - Distribuição de doentes saídos > 65 anos - 2008²⁷

<u>DOENTES SAÍDOS</u> <u>> 65</u>	Dermatologia		Oncologia Médico		Medicina Interna		Nefrologia		Neurologia		Pneumologia		Total		Total por idade
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
65 a 74 Anos		4	16	16	64	75	28	23	21	22	20	35	149	175	324
75 a 84 Anos	2	4	8	8	107	127	26	24	19	22	40	17	202	202	404
85 e mais Anos		2			62	108	5	7	7	12	22	13	96	142	238
Total	2	10	24	24	233	310	59	54	47	56	82	65	447	519	966
Total H + M	17		48		854		151		217		219		966		1572

²⁵ Dados fornecidos pelo Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo em Fevereiro de 2009.

²⁶ Doentes saídos significa os utentes que tiveram alta hospitalar. Não são contabilizados os óbitos.

²⁷ Dados fornecidos pelo Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo em Fevereiro de 2009.

Os motivos de internamento dos idosos foram principalmente do foro da medicina interna, com 854 doentes, seguido da pneumologia com 219 casos e neurologia com 217.

Relativamente à localização, os serviços Medicina I e II situam-se no mesmo piso, frente a frente.

Fisicamente, os serviços em estudo caracterizam-se essencialmente, por um corredor único, a partir do qual se acede, de um lado aos gabinetes médicos e de enfermagem, enfermarias e do lado oposto situam-se as estruturas de apoio, como sejam, a copa, casas de banho, sala de trabalho, sala de técnicas, etc.

A medicina I (homens) é composta por dez enfermarias, com três camas, com uma lotação de trinta camas, respectivamente, dezassete camas de medicina interna, quatro camas de pneumologia, três camas de nefrologia, três camas de neurologia, duas camas de oncologia e uma cama de dermatologia.

Destes serviços fazem ainda parte, um gabinete médico; um gabinete de enfermagem, uma rouparia, dois WC grandes com duche + um WC pequeno; uma sala polivalente; uma sala de trabalho, uma sala de técnicas; uma zona suja; uma arrecadação de máquinas; uma copa.

A nível de recursos humanos, a Medicina I, possui 21 enfermeiros: 1 enfermeiro especialista (enfermeiro chefe), 9 enfermeiros graduados e 11 enfermeiros de nível I. A medicina II possui um total de 21 enfermeiros: 1 enfermeiro especialista (enfermeiro chefe), 12 enfermeiros graduados e 8 enfermeiros de nível I. Estes dois serviços são também assegurados por cerca de 12 médicos de Medicina Interna: Dermatologia; Pneumologia; Oncologia; Nefrologia; Neurologia, 1 assistente social, 1 dietista, 11 auxiliares de acção médica, 2 secretárias, 2 distribuidoras personalizadas de alimentação e 3 brigada de limpeza.

É utilizado o método individual de trabalho, com distribuição fixa de enfermarias, unidose. Ainda não está implementada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], pelo que recorrem, por enquanto ao formato papel.

Ao longo do dia, os doentes permanecem restritos à unidade, conversando com os colegas de quarto ou deambulando pelo serviço.

2.4 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

A utilização de métodos que facilitem a colheita de informação para posterior registo e análise de dados é fundamental na elaboração de um trabalho de investigação. Segundo Rousseau e Vaillant *in* Fortin (1999:149), “a colheita dos dados não pode ser encetada senão quando o investigador aguçou fortemente a sua sensibilidade para o fenómeno a estudar”.

“O termo *dados* refere-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise. Os dados incluem materiais que os investigadores registam activamente, tais como transcrições de entrevistas e notas de campo referentes a observações participantes. Os dados também incluem aquilo que outros criaram e que o investigador encontra, tal como diários, fotografias, documentos oficiais e artigos de jornais” (Bogdan & Biklen, 2004:149). Referem ainda que “Os dados incluem os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspectos da vida que pretendemos explorar” (*ibidem*, p.149).

Os principais métodos de colheita de dados em investigação qualitativa são, segundo Fortin (1999): a entrevista, a observação participante, o diário, a gravação e o vídeo.

Optou-se como instrumento de colheita de dados do nosso estudo pela entrevista, que segundo Fortin (1999:245), “permite colher informações junto dos participantes relativas a factos, a ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (...) é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões formuladas”.

A entrevista possibilita entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados. Deste modo, se queremos saber como as pessoas pensam, sentem ou acreditam, o meio mais directo de informação é perguntar-lhes (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Segundo Bogdan e Biklen (1994:134) “Em investigação qualitativa, as entrevistas podem ser utilizadas de duas formas. Podem constituir a estratégia dominante para a recolha de dados ou podem ser utilizadas em conjunto com a observação participante, análise de documentos e outras técnicas. Em todas estas situações, a entrevista é

utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”.

Bogdan e Biklen (1994) propõem dois tipos de entrevistas: estruturada também chamada de questionário e entrevista semi-estruturada chamada entrevista em profundidade.

Na opinião de Ghiglione e Matalon (2001), o grau de directividade é que distingue as diversas formas de inquirir. Estes autores situam, numa das extremidades, a entrevista não-directiva e na outra o questionário fechado, ficando pelo meio uma diversidade de outras formas de indagar. No entanto, apresentam a classificação que consideram clássica, de três tipos de entrevistas:

- Não directivas (ou livres);
- Semi-directivas;
- Directivas ou estandardizadas (este tipo de entrevista está muito próxima do questionário com questões abertas);

Tendo em conta a natureza do problema e objectivos do estudo, situou-se a entrevista deste estudo na linha das entrevistas semi-estruturadas (Bogdan, 1994) ou semi-directivas (Quivy & Campenhoudt, 1998; Ghiglione & Matalon, 2001), instrumento privilegiado na investigação qualitativa, nomeadamente na de cariz fenomenológico.

A entrevista semi-estruturada permite-nos “aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido”, permitindo obter do entrevistado as opiniões que ele considera relevantes (Ghiglione & Matalon, 2001:89). Por outro lado, a vantagem da entrevista semi-estruturada é o facto de ter maior eficácia na descoberta de informações sobre temas completos e carregados de emoção, assim como na análise de sentimentos (Fortin, 1999). Ghiglione e Matalon (2001:89) referem ainda que o “indivíduo é convidado a responder de forma exaustiva, pelas suas próprias palavras e com o seu próprio quadro de referência, a uma questão geral (tema) caracterizada pela sua ambiguidade”. Mas se o entrevistado não abordar espontaneamente um dos sub-temas que o entrevistador conhece este coloca uma nova questão (ibidem, p.88).

Outra das vantagens da entrevista, segundo Fortin (1999) é a de que o entrevistador ocupa um lugar privilegiado, pois tem a possibilidade de estar atento a uma gama de gestos, expressões, hesitações, alterações do ritmo, pelo que a captação destes pequenos pormenores que muitas vezes passam despercebidos, são importantes

para compreender e validar as informações. Além disso, “O gravador não capta a visão, os cheiros, as impressões e os comentários extra, ditos antes e depois da entrevista” (Bogdan & Biklen, 1994:150).

Por este motivo foram utilizadas duas formas privilegiadas de registo dos dados recolhidos na entrevista: a gravação que tem a vantagem de registar todas as expressões orais proferidas e a anotação que permite registar todas as expressões faciais, gestos, mudanças de comportamento, etc., que escapam à gravação.

As entrevistas foram registadas em cassette áudio num clima ameno, sendo posteriormente transcritas pelos investigadores para o processador de texto Microsoft Office Word 2003 e efectuou-se uma leitura flutuante das mesmas o que permitirá seleccionar a informação de destaque. Segundo Fortin (1999), o modo de registo dos dados é um aspecto relevante, pelo que o uso do gravador, se permitido pelo entrevistado é o mais favorável, pois diminui a preocupação do entrevistador em registar tudo o que ouve, permitindo assim centrar a sua atenção em pormenores da comunicação não-verbal.

As entrevistas tiveram uma duração entre dezasseis (16) e cinquenta e sete (57) minutos.

Verificou-se na maioria das entrevistas a uma tendência das pessoas idosas à fuga do conteúdo temático. Mostrou-se, por isso, necessário centrar os idosos nas questões que lhe haviam sido colocadas e deslocá-los das recordações do passado, centrando-os no momento presente das suas vidas.

Na preparação do trabalho de campo foi elaborado um guião de entrevista, que tem uma função de enquadramento, delimitando o campo de investigação em que a preocupação é a recolha de dados em profundidade, facto evidente quando Quivy e Campehoudt (1998:194) preconiza: “a elaboração prévia de uma série de perguntas guião, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação por parte do entrevistado”.

O guião serve de fio condutor à entrevista, facilitando a orientação das intervenções, quer para aprofundar e completar informações quer para orientar para temas que o narrador não aborda espontaneamente.

Sendo assim, o guião de entrevista do nosso estudo, enquanto instrumento de apoio ao serviço da técnica de colheita de dados, estruturou-se em torno de grandes temas, julgados de interesse para a investigação, tentando compreender o

comportamento e os significados construídos pelos sujeitos sem lhes impor uma categorização exterior que condicionasse em excesso a amplitude das suas respostas.

Para obter informação de suporte ao delineamento do guião de entrevista, recorreu-se à observação naturalista do banho no leito prestado aos idosos, pelos enfermeiros dos serviços de Medicina I do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo. Não foi realizada observação no serviço de Medicina II porque não foi concedida autorização da instituição pelo facto de se encontrarem, neste mesmo serviço, dois estudos de doutoramento e um de pós graduação em curso (Anexo II).

Para Ferreira *et al* (2004:53), a observação constitui uma “interacção subjectiva entre observados e observador, fundidos numa entidade” a partir da qual “emergem as descobertas”. A partir de uma observação profunda dos ambientes naturais é possível “descrever construções individuais e compará-las, de modo a que cada um possa confrontar as suas construções com as dos outros no sentido da construção da realidade”.

Segundo Ghiglione e Matalon (2001:7) “A observação pode ser definida como um olhar sobre uma situação sem que esta seja modificada, olhar cuja intencionalidade é de natureza muito geral, actuando ao nível da escolha da situação e não ao nível do que *deve* ser observado na situação, e que tem por objectivo a recolha de dados sobre a mesma”.

Foi adoptado o papel de observador completo, no qual, de acordo com Carpenter e Streubert (2002) o investigador é um observador pleno das actividades dos participantes, não realizando interacção com os participantes.

Durante o período inicial, foi discutido com os enfermeiros dos serviços, nossos informantes privilegiados, certos pormenores da nossa presença em campo e pedida colaboração na identificação dos utentes que preenchem os nossos critérios de elegibilidade.

Vestimos uma bata branca, comum a muitos profissionais que lá trabalham, sem crachá de identificação para evitar possíveis dispersões.

Foram utilizados os momentos em que os enfermeiros preparavam medicação, material de banho, etc. para circular pelos quartos e estabelecer uma relação de empatia com os utentes foco da nossa atenção.

No período que precedeu a observação demos a conhecer aos participantes o estudo que estávamos a desenvolver, explicando, de forma simples, os nossos interesses de pesquisa, não entrando em pormenores. Foi também pedida aos utentes, autorização verbal para procedermos à visualização da prestação do banho no leito aos mesmos.

A observação decorreu durante dois fins-de-semana, do mês de Abril de 2008, respectivamente sábados e domingo, pelo início da manhã, para podermos acompanhar a hora dos banhos. As observações tiveram uma duração aproximada de 1 a 2 horas. A escolha da observação aos fins-de-semana foi por motivos relacionados com o horário de trabalho dos investigadores.

No final de cada dia de observação eram elaboradas/registadas as notas de campo que, para Bogdan e Biklen (1994:150) significam “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha”. Estes autores defendem que as notas de campo deverão ser redigidas de forma detalhada, precisa e extensiva, sendo que nos estudos de observação participante todos os dados são considerados notas de campo.

Bogdan e Biklen (1994) referem que, por um lado, as notas de campo assumem um papel descritivo, em que a preocupação é a de captar uma imagem por palavras do local, pessoas, acções e conversas observadas. Outro é reflexivo – a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas ideias e preocupações. Nesta é registada a parte mais subjectiva da observação, sendo a ênfase colocada nos sentimentos, problemas, ideias, impressões e preconceitos.

Os momentos de observação constituíram-se como fulcrais no aprofundamento e delineamento do guião de entrevista previamente elaborado, tendo por base a revisão bibliográfica. O investigador ao colocar-se no meio da cena investigada, procura e aprofunda informação pertinente, que lhe permita reconstruir pormenorizadamente o ambiente observado. Não participa em nenhuma das actividades do local onde decorre o estudo, apenas olha para a cena, no sentido literal ou figurativo, através de um espelho de um só sentido (Bogdan & Biklen, 1994).

Com o intuito de testar a clareza de termos e a própria concordância das perguntas que constituíam o guião de entrevista foi-nos proposto pela nossa orientadora submeter a entrevista a dois idosos do nosso conhecimento com as características dos que irão constituir o futuro estudo, o que se tornou vantajoso na redefinição de determinadas perguntas ou termos pouco perceptíveis pelos idosos. Posteriormente foi

pedida colaboração à orientadora de tese e colegas para proceder à sua validação, relativamente à clareza/precisão, coerência e gradualidade das perguntas pois segundo Polit, Beck e Hungler (2004) os instrumentos esboçados são, em geral, revistos criticamente pelos colegas ou colaboradores e posteriormente pré-testados numa amostragem pequena de inquiridos. Desta forma, com o intuito de testar a clareza de termos e a própria lógica sequencial das perguntas realizámos duas entrevistas prévias a sujeitos que já haviam experienciado o banho no leito, em contexto de internamento hospitalar, as quais revelaram-se vantajosas para a condução do estudo.

No decurso das entrevistas, procurou-se manter um ambiente calmo e de privacidade, por considerarmos que, deste modo, mais facilmente se estabelece uma atmosfera que estimula a espontaneidade das respostas uma vez que o entrevistado sente-se com maior à-vontade para expressar as suas opiniões de uma forma directa e honesta.

2.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NO TRABALHO DE CAMPO

A pesquisa em enfermagem obedece a princípios éticos, que devem ser respeitados na sua totalidade. Quando a investigação científica inclui seres humanos, é preciso assegurarmo-nos de que os seus direitos estão protegidos. A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Segundo Carpenter e Streubert (2002:37) “comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativo ou qualitativo sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”. O Código Deontológico do Enfermeiro (p. 23) salienta que “o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida”.

Da preocupação em garantir o respeito pelos princípios éticos neste estudo de investigação, orientámo-nos pelos princípios do Código de Belmont: princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e princípio da justiça. Sendo assim, pedimos consentimento à Administração do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo para a realização do estudo; no início de cada entrevista foram expostos de forma clara os objectivos e, sempre que necessário, esclarecidas as dúvidas. Foi dado a conhecer a cada idoso, o consentimento informado, o qual foi lido e assinado pelo

próprio, ou por familiares ou pelo próprio entrevistador, caso o entrevistado apresente limitação na leitura/escrita. Esta situação ocorreu com grande frequência porque, para além da elevada taxa de iliteracia, muitos idosos encontravam-se acamados e sem óculos. Foram apresentados os objectivos do estudo aos doentes, solicitando a gravação das entrevistas, sendo garantida a confidencialidade de todas as informações colhidas e a decisão dos participantes de desistirem em qualquer altura do estudo.

2.6 – PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS

Segundo Streubert e Carpenter (2002:69), “a análise de dados exige que os investigadores mergulhem profundamente nos mesmos”. Preservar o que é único em cada experiência da vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo é o propósito da análise de dados (Benonis, 1989 *in* Streubert & Carpenter, 2002). A análise de dados tem por objectivo contribuir para o avanço dos conhecimentos, fornecendo novas inferências e novas interpretações que contribuem para o avanço dos conhecimentos tanto no plano teórico como empírico. Estas contribuições fazem emergir novas orientações que suscitam novas análises cada vez mais profundas (Landry, 2003). Na óptica de Polit, Beck e Hungler (2004:358), a análise de dados tem como finalidade, “organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa”. Estes autores salientam ainda que esta análise deve ser embebida de criatividade, sensibilidade e trabalho árduo e intensivo.

Streubert e Carpenter (2002), referem que a análise de dados tem início quando a colheita de dados começa, porque à medida que os dados são recolhidos, vão sendo revistos com o objectivo de se identificar a necessidade de novas entrevistas.

Para interpretar os dados e analisá-los de forma a atender aos objectivos propostos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Berelson referido por Vala (1986:103) é a “descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto da comunicação”. Possibilita reunir, organizar e classificar dados, permitindo mostrar e compreender a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados, e “permite efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas (...) Trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre

as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (Vala, 1986:104).

Morse (2003:32) define análise de conteúdo como “(...) um processo que requer perguntas astutas, busca implacável de respostas, observação activa e memória precisa. Trata-se de compaginar dados, de fazer óbvio o invisível, de reconhecer o importante a partir do insignificante, de vincular feitos quando não parecem relacionados logicamente, de encaixar umas teorias com outras e de atribuir-lhes consequências aos antecedentes. É um processo de conjectura e de verificação, de correcção e modificação, de sugestão e de defesa; um processo criativo de organizar os dados de maneira que o esquema analítico pareça óbvio”. Daqui se depreende que esta é uma das etapas fundamentais da investigação qualitativa. Na mesma linha de pensamento, Bardin (2004:37) designa a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

“(...) a análise de conteúdo tem, portanto, uma função essencialmente heurística, isto é, serve para a descoberta de ideias e de pistas de trabalho (que virão a ser concretizadas pelas hipóteses). Ajuda o investigador a evitar as armadilhas da ilusão de transparência e a descobrir o que se diz, por detrás das palavras, entre as linhas e para lá dos estereótipos. Permite ultrapassar, pelo menos em certa medida, a subjectividade das nossas interpretações” (Quivy & Campenhoudt, 1998:81).

De acordo com Bardin (2004:33) citando Henry e Muscovici “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a análise de conteúdo”. Sendo assim, após realizada a colheita de dados procedeu-se à sua análise, com o objectivo de impor alguma ordem sobre um grande grupo de informação, de modo a que possam ser tiradas algumas conclusões gerais. É através desta análise que o investigador se irá organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A análise dos dados teve início com a transcrição das doze entrevistas que constituíram o *corpus*, ou seja, o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos a procedimentos analíticos. As transcrições são, no dizer de Bogdan e Biklen (1994:149) os principais dados de muitos estudos de entrevistas. Os dados são para os autores “materiais em bruto que as investigadoras recolhem do mundo em que se encontram a estudar, são elementos que formam a base da análise”.

Após a formação do *corpus* partimos para a leitura exaustiva do mesmo, bem como para a respectiva codificação. Simultaneamente à leitura das entrevistas e à medida que se repetiam ou destacavam certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos (Bogdan & Biklen, 1994) foram-se equacionando categorias de codificação com base nos padrões de regularidade e conteúdos importantes (*ibidem*).

No entender de Bardin (2004) a codificação corresponde a uma transformação efectuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto. Esta, por “recorte”, agregação das partes pertinentes dos discursos dos indivíduos em estudo para posterior categorização e enumeração permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto.

As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos que foram recolhidos, de forma que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente apartado dos outros dados (Bogdan & Biklen, 1994). São “rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2004:112). O critério de categorização adoptado foi o semântico, por categorias temáticas. As categorias foram traçadas *a posteriori*, segundo os dados recolhidos nas entrevistas realizadas aos participantes do estudo.

Para Bardin (2004), um bom conjunto de categorias deverá ter as seguintes características:

- exclusão mútua: cada elemento só poderá existir numa categoria;
- homogeneidade: no mesmo conjunto de categorias só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise; diferentes níveis de análise devem ser separados em outras tantas análises sucessivas;
- pertinência: a categoria está adaptada ao material de análise recolhido e pertence ao quadro teórico definido;
- objectividade e fidelidade: as diferentes partes de um mesmo material ao qual se aplica a mesma categoria deverão ser codificados sempre da mesma maneira;
- produtividade: as categorias deverão fornecer resultados férteis.

Após a construção das categorias de análise de conteúdo estas foram sujeitas a um teste de validade interna, ou seja, os investigadores procuraram assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade. “Pretende-se assim garantir, no primeiro caso, que todas

as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias; e, no segundo caso, que uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria” (Vala, 1986:113).

Na apresentação dos dados, recorre-se ao uso de alguma pontuação suplementar cujo significado se clarifica:

... - pausa no discurso;

(...) excerto do discurso sem relevância para a análise

PARTE III – BANHO NO LEITO: DO SENTIR-SE NU
AO SER DESNUDADO

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

0- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados é feita, tendo por base as temáticas encontradas a partir dos discursos dos participantes. Neste processo, cruzámos os dados das 12 entrevistas realizadas e apelámos à nossa compreensão, o que nos ajudou a responder, o mais minuciosamente possível, às questões de investigação traçadas no nosso estudo.

Para tal recorre-se a algumas citações dos participantes, demonstrando a sua perspectiva sobre o tema em causa “O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de idosos dependentes” e alude-se também ao pensamento de autores consultados de forma a procurar uma maior compreensão e fundamentação da análise.

Assim, no decorrer da leitura, como já mencionado, algumas frases e parágrafos sobressaíram, denotando a forma como as pessoas idosas vivenciam o banho no leito prestado pelos enfermeiros. Da leitura exaustiva das entrevistas foram encontrados indicadores comuns constituídos por agrupamento e por semelhança de sentido, dando origem às categorias e subcategorias.

Apresentamos os dados, interpretações, questões sobre os mesmos e a análise é validada com extractos das entrevistas, onde, por vezes, surge o símbolo (...) que significa parte dos extractos ocultos, mas mantendo o sentido da frase e a ideia subjacente.

Efectuada a análise dos dados emergiram sete categorias e dezassete subcategorias como se pode confirmar na tabela 10, que se segue.

Tabela 9 – Síntese das categorias e subcategorias que emergiram da análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Viver e sentir-se dependente	
Sentir-se nu durante o banho: vivências das pessoas idosas	Papel das experiências já vividas
	Ser cuidado na nudez: questões de género
	Ser cuidado na nudez: o papel da experiência do enfermeiro
	Sentimentos das pessoas idosas face à nudez durante o banho
	Manifestações da pessoa idosa durante o banho
	O banho como promoção da autonomia do idoso
O momento do banho: interferências e vivências	Modos de protecção da privacidade do doente pelos enfermeiros
	Invasão da privacidade da pessoa idosa
Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências das pessoas idosas	Como lidam os idosos com os procedimentos do banho
	O sentimento de respeito
	Apelo dos idosos à melhoria das condições logísticas
	Instrumentos utilizados no banho: sua interpretação pelos idosos
Vivências de comunicação enfermeiro/pessoa idosa durante o banho	O banho: validação das preferências do doente
	O banho: sentimentos negativos verbalizados pelos idosos
	Vivências do humor durante o banho
Experiência de ser tocado pelo enfermeiro durante o banho	Sentimentos verbalizados sobre a utilização de luvas no banho
	Sentimentos verbalizados sobre a realização da massagem
Sentimentos da pessoa idosa face ao enfermeiro durante o banho	

De seguida apresentamos as vivências das pessoas idosas relativamente ao banho no leito prestado por enfermeiros.

1- Viver e sentir-se dependente

“A perda das nossas capacidades é vivida como um desastre individual que é preciso esconder dos outros e de nós próprios”
(Andrieu, 2004:109)

De acordo com Paschoal (2000) *in* Netto (1999:314), “(...) com o passar dos anos, há um aumento significativo de dependência. Os grupos etários mais velhos são proporcionalmente mais dependentes que os mais jovens”.

A pessoa idosa submetida a internamento hospitalar apresenta na generalidade das vezes “(...) um declínio funcional (...)”, sendo que, uma grande percentagem deles

torna-se funcionalmente dependente (Valente, 2001: 20). Esta situação, como fenómeno complexo, é referenciada por Sanchez (2000:12) como o “(...) maior problema da pessoa que envelhece” e é definida por Lage (2005) como um estado da pessoa que conduz à necessidade de ajuda na satisfação das actividades essenciais da vida diária (...)

Neste sentido, as pessoas idosas, participantes do nosso estudo, realçaram esta mesma situação de dependência, no que se refere à satisfação do banho:

E2- “(...) eu não tenho acção suficiente nas mãos para pegar numa esfregona e para lavar porque se tivesse acção suficiente eu era o próprio a lavar-me”.

E4- “O enfermeiro ou enfermeira é que tem de despir-me”.

No hospital, o doente, “torna-se uma pessoa anónima, doente entre doentes” (Silva, 2006:75), passa a estar dependente de tudo e de todos para a satisfação de algumas das suas AVD's. Esta falta de controlo da situação sentida pela pessoa idosa, agravada pelo facto de encontrar-se a viver momentos de grande intimidade no meio do maior anonimato (Mercadier, 2004), constituem-se como factores geradores de instabilidade e labilidade emocional. A tristeza, a dor emocional e o choro foram sentimentos expressos pelos participantes do nosso estudo.

E5- “Vejo-me muito triste (...) Eu lavava-me então sempre com a minha mão (...)”.

E4- “É sempre doloroso para um homem da minha idade não conseguir tomar o banho sozinho (...)”.

E1- “Eram as lágrimas a correr pela cara abaixo (...)”.

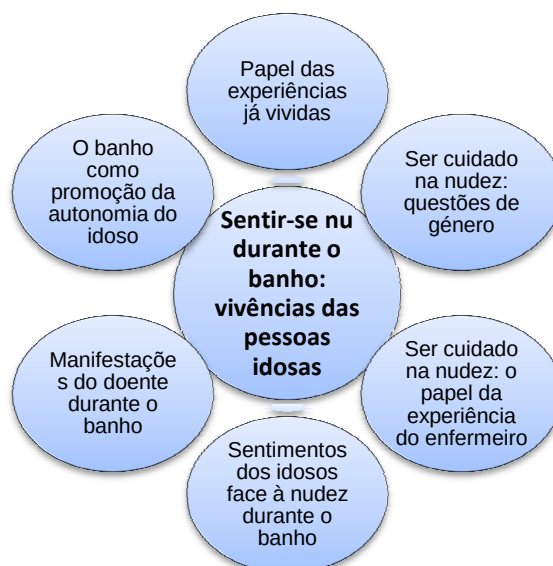
O desinteressar-se por si e pelas actividades inerentes à vida quotidiana, após o internamento hospitalar é uma espécie de morte simbólica que o utente interioriza pouco a pouco através de uma dependência grandiosa para com o pessoal responsável, o enrugamento sobre si, quando as actividades do corpo são todas da responsabilidade dos enfermeiros, quando tudo se perdeu e ele fica estagnado, é uma forma de não estar mais aqui, como se denota no discurso de um participante.

E6- “Eu sinto-me mal. (...) sinto-me desimportado (...) abandonado”.

2- Sentir-se nu durante o banho: vivências das pessoas idosas

Com o intuito de melhor clarificar e aprofundar esta temática tornou-se necessário o delineamento das seguintes subcategorias: Papel das experiências já vividas; Ser cuidado na nudez: questões de género; Ser cuidado na nudez: o papel da experiência do enfermeiro; Sentimentos dos idosos face à nudez durante o banho; Manifestações do doente durante o banho e O banho como promoção da autonomia do idoso, tal como podemos verificar no diagrama seguinte:

Figura 6 – Sentir-se nu durante o banho: vivências das pessoas idosas



O indivíduo hospitalizado depende, parcial ou totalmente, da equipa de enfermagem para satisfazer várias necessidades que se encontra impossibilitado de ser ele próprio a executar. Os cuidados direccionados a determinadas dessas necessidades, como por exemplo, a higiene corporal, envolvem a exposição e a invasão da intimidade.

Dos profissionais de saúde, os enfermeiros são seguramente aqueles que, ao longo dos diversos cuidados de reparação e manutenção de vida, mais frequentemente e sob formas mais diversas se aproximam das pessoas para delas cuidarem. Consequentemente, são quem mais expõe, toca e manuseia o corpo do outro na prestação de cuidados. Na maioria das vezes, implicam um contacto "íntimo" com o utente e a sua nudez, considerando que a nudez, parcial ou total, é indispensável em diversas actividades referentes ao acto de cuidar.

Em consequência das condições de dependência frequentes entre as pessoas idosas internadas, ocorrem interacções em que o encontro enfermeiro/pessoa idosa é de elevada proximidade e intimidade forçada (Veiga, 2007). Sendo assim, a pessoa idosa pode sentir-se constrangida a abrir mão da sua intimidade, desnudando não só o corpo, mas também o seu pensamento e os seus sentimentos.

2.1- Papel das experiências já vividas

A experiência de hospitalização é impregnada de memórias de vivências passadas e de expectativas de vivências futuras. Face a uma situação de invasão de intimidade, a pessoa vive essa experiência num misto de comportamentos derivados não só da sociedade onde está inserida, como da sua cultura, não esquecendo o seu passado (vivências de internamentos anteriores, por exemplo) e as expectativas do futuro, mas também com o seu próprio sentir. Todos estes factores irão contribuir para que a invasão da intimidade seja vivida de um modo muito singular, devendo o enfermeiro tê-los presentes, pois ajudam a compreender as crenças e os comportamentos do utente.

Neste sentido, percebe-se pelo discurso de um participante do estudo que as experiências de vida anteriores concorreram para que a invasão do seu espaço corporal durante a prestação do banho no leito seja vivida de forma singular.

E1- “Eu não me chateava nada porque eu quando era rapaz novo andei nos playboys”.

As experiências anteriores marcam, significativamente, as pessoas. No cuidar no banho, estas podem reaparecer, trazendo lembranças positivas ou negativas, consoante a experiência que, muitas vezes, são comparadas com o momento em que está a ser vivido.

E9- “Já da outra vez eles tinham que me lavar”.

A pessoa idosa, com história anterior de internamentos, poderá encarar o hospital com naturalidade, recorrendo às experiências passadas como forma de ultrapassar os problemas actuais. Por outro lado, assistimos ao conformismo face à hospitalização, uma vez que no seu projecto de vida, o hospital assume-se como algo que lhe é inerente (Antas *et al*, 2007). Ou seja, a forma como os utentes perspectivam e avaliam a sua experiência de doente, a hospitalização, ou o desempenho dos técnicos é condicionada

por experiências anteriores de hospitalização do próprio, amigos ou familiares, os quais transmitem uma experiência positiva ou negativa da sua estadia no hospital.

A maior parte dos participantes do estudo já haviam experienciado outros internamentos, averiguando-se num dos excertos que esta situação conduz a várias vivências que levam à habituação.

E1- “Eu tava habituado a isso”.

2.2- Ser cuidado na nudez: questões de género

Pupulim (2003) refere que, existe preocupação com a condição de género em enfermarias determinadas para o sexo masculino e para o sexo feminino e denota-se despreocupação com o género do cuidador em relação ao utente no quotidiano da prestação de cuidados. Observa-se com frequência cuidadores do sexo oposto realizarem cuidados e procedimentos, não se reconhecendo por parte dos utentes o direito de opinar e interferir, de acordo com a sua preferência. Esta autora defende também que a manipulação corporal implica contacto físico, tocar o corpo do outro, olhar, sentir, gerando uma relação de proximidade e intimidade.

Não nos podemos esquecer que, o género pode influenciar as relações a nível hospitalar. Deste modo, será que existem implicações das várias combinações de género, na relação enfermeiros(as)-participantes do nosso estudo?

De facto, a questão de género do enfermeiro prestador de cuidados prevaleceu entre os participantes do nosso estudo, denotando-se manifestações sobre ser cuidado por enfermeiro do mesmo sexo, por enfermeiro de sexo oposto e por enfermeiros de ambos os sexos.

Carvalho (1977), no seu estudo sobre a reacção do utente face à intrusão no banho no leito, constatou que o banho foi relatado pelo utente como uma situação desagradável, principalmente quando realizado por um profissional do sexo oposto; eventual substituição do profissional e entrada de pessoas durante o procedimento (*in*: Gasparino & Guirardello, 2006).

Também Ogasawara (1989) *in* Buógo e Cogo (2002) no seu estudo sobre a percepção dos utentes sobre o banho no leito, concluiu que há constrangimento quando

o banho é dado por um indivíduo de outro sexo, pois a exposição do corpo ao olhar de outra pessoa (estranha) desencadeia vergonha.

Na mesma linha de pensamento Pupulim (2003) no seu estudo relata que os utentes reagiram conforme os valores absorvidos no decorrer da sua vida, denotando-se que a maioria não entende como «natural» ser cuidado por pessoas estranhas, principalmente de outro sexo, despido e sujeito à manipulação, ainda que vivenciando a situação de doença e internamento hospitalar.

É notório, pelo discurso apresentado que, a maioria das pessoas idosas esboçou reacção face ao cuidador de sexo oposto, sendo perceptível o desconforto das mesmas quando o cuidador do sexo oposto executava ou participava do banho no leito.

Sendo assim, na combinação utente homem - enfermeira destacamos os seguintes excertos:

E2- *“Também me sinto embaraçado, não me sinto à vontade (...) porque eu quando fui criado havia respeito e sou uma pessoa que também já tenho a minha idade (...). E portanto uma pessoa está a lavar-nos está a mexer-nos nos nossos membros todos”.*

E4- *“Quando é mulher é triste.(...) Pois, a gente sentir-se bem nunca se sente bem (...) Piora um pouco. (...) Quando é mulher então aí há que ter o máximo de respeito”.*

E5- *“assim que é uma pequena; que tá uma pequena mais um homem, uma pessoa custa-lhe. Eu cá custa-me muito, quer seja uma ou duas”.*

Por outro lado, o banho no leito ser fornecido a uma mulher idosa por um enfermeiro despoleta sentimentos de recusa por parte da mesma:

E7- *“enfermeiros eu não quero.(...) Dizia que não queria (...) dizia então. Um homem então não. (...) Sentia-me desesperada (...) Se visse um homem ao pé de mim eu gritava, gritava”.*

E11- *“Ai! Um enfermeiro então, eu encho-me de calores!”.*

E12- *“eu não me sinto bem com um homem. (...) Com uma mulher então é diferente. Agora os homens de cada uma a virem cá fazer as limpezas por baixo a uma pessoa. Nunca tive essas coisas Sr.^a. E tive os meus filhos”.*

Podemos depreender que a maioria dos utentes não está preparado para a proximidade, contacto físico que o banho no leito implica e alguns nem mesmo a admitem, especialmente se o cuidador for do sexo oposto.

Em relação aos excertos dos participantes acima referenciados, surgem-nos algumas questões: porquê não dar a possibilidade ao utente de escolher o género do enfermeiro que irá cuidar de si? Não será esta uma solução plausível para o utente lidar de forma positiva com alguns dos seus pudores?

Verifica-se também, por parte de uma participante, que apesar de sentir desconforto por ser cuidada por um enfermeiro, conforma-se com a situação.

E8- *“E se for um enfermeiro o que é que eu vou fazer? Nada. (...) A enfermeira é melhor porque eu tenho mais receio de um enfermeiro (...) Posso sentir mais agonia porque é um Sr. enfermeiro mas tem de ser assim (...)”.*

Esta situação de conformismo poderá dever-se ao facto de a pessoa idosa internada, por encontrar-se afastada da sua família, parentes, amigos, num ambiente desconhecido, em contacto com estranhos que, frequentemente, lhe proporcionam um relacionamento pouco personalizado, e a acrescer a isto, o medo da doença e o peso institucional, aceitar e adaptar-se ao que lhe é feito. De acordo com Barbosa (1985), a pessoa idosa pouco ou quase nada questiona a invasão dos profissionais de saúde sobre o seu corpo porque, na sua percepção, ela é necessária para a sua própria cura. Ou seja, parece-nos então que o corpo onde se instala a doença passa a deter um papel fulcral no mapa mental do doente, sendo para a pessoa o cerne das atenções e passando tudo o resto para plano secundário. A passividade imposta, a posição de horizontalidade em que frequentemente se encontra, o poder institucional, o poder das regras e dos profissionais de saúde, o ter que confiar a sua vida e o seu corpo a estranhos, são alguns dos factores que levam a que, por vezes, o próprio utente se demita de tomar decisões. Esta demissão acarreta uma postura passiva, de aceitação, mais ou menos compreendida, que é muitas vezes bem acolhida por todos porque configura o perfil do «bom doente».

Sendo assim, independentemente de não se sentirem confortáveis ou satisfeitos, grande parte dos utentes adaptam-se ao seu papel, aceitam subordinar os seus corpos à manipulação e ao olhar de estranhos sem questionar, submetendo-se “(...) ao poder do «saber» incorporado pelos profissionais e às «normas» estabelecidas pelas instituições de saúde por entenderem que dependem deles para o seu restabelecimento” (Pupulim, 2003:2).

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995) é extremamente importante o respeito pelo pudor e não deve ser esquecido que muitas pessoas idosas nunca se despiram em frente do seu cônjuge (especialmente as mulheres).

Neste sentido, apenas uma utente expressou ter sido a primeira vez que expôs o seu corpo nu perante uma pessoa estranha, pois com a idade de 79 anos apenas o marido lhe vira o corpo nu e recentemente a filha que auxilia na prestação do banho no domicílio.

E12- *“Só quem via era o meu homem. O meu marido é que via o meu corpo. E a minha filha”.*

As condutas dos clientes, relacionadas à diferença de sexo entre cuidador e ser cuidado, reflectem os valores morais e culturais, as crenças e tabus, bem como as atitudes e os papéis definidos para homem e mulher, incorporados no contexto social onde os sujeitos estão inseridos. Pois, “Culturalmente e no núcleo familiar, aprende-se que expor o corpo não é apropriado, relacionando-se implicitamente a nudez com sensualidade e sexualidade, comuns aos indivíduos, mas, de certa forma, reprimidas, de acordo com os padrões de comportamento vigentes na sociedade” (Pupulim, 2003:434). Somente os maridos e, por vezes os filhos, viam o corpo nu da pessoa. Contudo, aparentemente, não se leva em conta o facto de que, no contexto sócio-cultural onde os utentes estão inseridos, não é normal despir-se e estar nu na frente de outros.

Como analisado atrás, apesar de alguns doentes se sentirem constrangidos pelo facto do banho ser-lhes fornecido por enfermeiro de sexo oposto ao seu, outros, referem que o sexo do enfermeiro é-lhes indiferente:

E1- *“Não me faz mal nenhum. Ser homem, ser mulher. Estão fazendo o seu serviço (...) Pra mim tão fazendo serviço. São iguais. Isso é sempre normal. Não tenho complexos por causa disso”.*

E3- *“Eu não me importo de ser um homem ou uma mulher. Eu respeito e pronto. (...) Para mim não acho dúvidas nenhuma. Tar uma mulher ou um homem para mim é a mesma coisa”.*

E8- *“Se for Sr.^a, se for Sr. não vou cá morrer por causa disso. O que vier morreu!”.*

E9- *“Não me afecta nada. Se for um homem a dar o banho ou uma Sr.^a é a mesma coisa (...) A gente todos tem as mesmas coisas. A gente tem que se convencer disso”.*

Depreendemos dos discursos que para estes participantes do estudo o facto de ser um enfermeiro ou enfermeira a prestar-lhe o banho é-lhes indiferente. Num estudo semelhante de Melo (2005:67) em que se colocou a questão: para si mostrar o corpo, na totalidade ou em parte perante um profissional de saúde é? Verificou-se que 11,5 % das mulheres acharam indiferente mostrar o seu corpo a um profissional de saúde do sexo masculino e 34,6% acharam indiferente mostrar o seu corpo a profissionais do sexo feminino.

Apenas um utente do nosso estudo referiu:

E1- *“(...) eles lá não reparam pra isso. (...) Uns nem sequer reparam (...)”.*

Segundo Renaud e Carmelo (1996:575) “Quando se afirma que alguém olha, mas não vê, queremos dizer que, apesar de eventualmente ver de modo muito distinto de que coisa se trata, ele não consegue elevar o seu olhar ao nível do encontro da pessoa que tem diante dele”.

A combinação enfermeira - doente mulher parecerá ser, segundo Kadner (1994:s/p), aquela em que é mais provável acontecerem interações íntimas. De facto, podemos constatar através dos excertos obtidos que, as mulheres idosas referem preferir que o banho seja prestado por uma enfermeira do que por um enfermeiro.

E7- “A pessoa estar ali com as pernas abertas c’ma nasceu e toda nua. Se for duas mulheres, a gente já se conhece. Já sabe o que é. Agora um homem?”

E12- “É melhor então. Não é tão feio como ser um enfermeiro a lavar-me”.

Segundo a autora supracitada, todas as outras combinações de género parecem levar todos os seus próprios problemas para o desenvolvimento da intimidade.

Contudo no nosso estudo, dois doentes homens, da mesma forma que as doentes mulheres, referem sentir-se comodamente face à prestação do banho por um enfermeiro.

E4- “Quando é homem (...) a gente está mais à vontade porque eles começam a brincar mais com a gente e depois também a confiança que a gente vai criando”.

E5- “Um homem já vai de outra maneira (...) já se sabe que com um homem uma pessoa está mais livre”.

Por outro lado, observamos que a combinação doente homem - enfermeiro é referida com desagrado por dois doentes.

E2- “Pois eu sinto-me embaraçado. Assim um bocadinho... (...) é um homem a lavar outro e não me imaginava numa coisa dessas”.

Fica nítida que a diferença de género influencia a vivência da intimidade, quando o cuidado envolve a exposição do corpo do utente.

Sendo assim, quando se pretende estabelecer uma relação mais próxima ou quando é necessário abordar aspectos mais íntimos do doente, as diferenças de género tornam-se diversas vezes numa barreira para atingir esses objectivos. Ao cuidar de um individuo do sexo oposto, o contacto de pele com pele, o toque e o olhar abrem caminho à emoção, emoção essa que oscila entre o prazer e a repulsa, sobretudo, quando se trata do contacto carnal na prestação de cuidados (...) (Vérani, 2001). Esta ideia foi evidenciada por um utente ao referir:

E2- “(...) Ouço dizer anedotas que se contam da continuidade, de ser sempre as mesmas pessoas a lidarem umas com as outras e depois aquilo dá laços e eu não gosto disso”.

Por outro lado, a maioria dos utentes referiu indiferença pelo facto do banho ser prestado por vários enfermeiros:

E1- *“uma vez é um, outra vez é outro (...) Pra mim é igual”.*

Um participante evidencia que o banho é dado sempre de manhã, o que vai ao encontro do que refere Carapinheiro (1993): uma situação que ocorre frequentemente é a satisfação estandardizada das necessidades de higiene dos doentes no primeiro período da manhã. Entretanto, os doentes que não conseguem levantar-se acabam por ficar dependentes dos ritmos das actividades hospitalares. Agich (2008:279) corrobora Carapinheiro (1993) quando refere, “No cuidado institucional, porém, as necessidades organizacionais impõem uma estrutura temporal burocrática aos ritmos básicos da vida diária, estrutura sintonizada mais com o mundo trivial dos funcionários do que com as necessidades dos residentes. O horário em que os residentes são despertados, banhados e vestidos ou colocados na cama é determinado mais pelas exigências dos funcionários e pela mudança de turnos do que pela sensibilidade às preferências dos próprios residentes”. O discurso proferido por um participante denota o anteriormente citado pelos dois autores.

E9- *“O banho é dado sempre pela banda da manhã”.*

Roper, Logan e Tierney (1995) referem que, algumas pessoas tomam banho de manhã, outras à noite; algumas nunca tomam e enquanto algumas só tomam banho uma ou duas vezes por semana, outras gostam de o fazer duas vezes por dia. Barbosa, Ribeiro e Cardoso (2002), no seu estudo a opinião do indivíduo adulto institucionalizado sobre banho no leito seco e banho de rotina, concluíram relativamente à preferência do horário do banho do indivíduo acamado que 50% dos utentes preferem o banho pela manhã, 20% preferem o banho à tarde, 10% preferem à noite, 10% preferem tanto de manhã como à tarde e 10 % preferem de manhã, tarde e à noite.

De facto, “A falta de tempo é sistematicamente invocada como factor causal para as nossas atitudes mecanizadas e comportamentos estereotipados. Tudo está na forma como vivemos o tempo de que dispomos e na forma como o organizamos” (Veiga, 1994:74).

A queixa mais frequente dos profissionais de saúde refere-se à grande sobrecarga de trabalho, à não realização de tarefas por falta de tempo ou o facto de terem sido realizadas inadequadamente por não haver tempo disponível para tal.

De acordo com Gândara e Pereira Lopes (1994:42), em contexto hospitalar é notório a existência de um ambiente de rotinas, fundamentalmente a nível físico e

tratamentos decorrentes das prescrições médicas, visando «despachar tarefas». Neste sentido, um participante transparece no seu discurso a percepção do ambiente de rotinas do serviço e a consequente falta de tempo dos profissionais.

E4- *“Depende do serviço deles também, não é?”*

A família tem um lugar central no processo de cuidados, durante a hospitalização do doente idoso, o qual deverá ser promovido e incentivado, na medida em que poder-se-á estar a proporcionar conforto e bem-estar ao doente. Desta forma, relevamos a importância dos familiares, amigos ou pessoas mais próximas fornecerem o banho ao doente no hospital, tornando-se este momento tão íntimo, o mais personalizado possível.

No seu quotidiano, qualquer indivíduo apenas expõe a sua nudez por livre e espontânea vontade perante pessoas que lhe são íntimas e geralmente num local/ambiente mais afectuoso e resguardado, pois está a expor algo que assume um valor importante para si. Mas, quando se encontra sob necessidade de algum cuidado de enfermagem, a sua nudez é observada e tocada por diferentes pessoas, de diferentes formas e alvo de comentários e sugestões, pessoas estas que ele não conhece ou se encontra em fase de conhecimento, com as quais o seu grau de intimidade é pequeno. Por isso, nalguns cuidados é pertinente que se englobe as pessoas que são próximas do doente de forma que este não se sinta obrigado a receber cuidados de alguém desconhecido que lhe possam causar constrangimentos e que, por sua vez, não são favorecedores quer para a própria prestação de cuidados, quer para a evolução clínica do doente. Constrangimento, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001) significa falta de à vontade; timidez.

O entrevistado 6 mostra desconforto pelo banho ser prestado por um estranho, uma enfermeira e não por um familiar, a sua esposa.

E6- *“(...) sinto que é uma mulher que vejo na minha frente (...) E não ser a minha”.*

É visível nas expressões dos participantes que o envolvimento da família no processo de cuidados à pessoa idosa é sem dúvida preferencial/desejado.

De acordo com Cabete (2005:133), “Envolver a rede informal nos cuidados significa, por isso, dar-lhes mais do que um espaço de participação nos cuidados. Na mesma linha de pensamento, Agich (2008), menciona que o utente não abdica simplesmente uma parte do seu corpo ao prestador de cuidados, mas uma parte

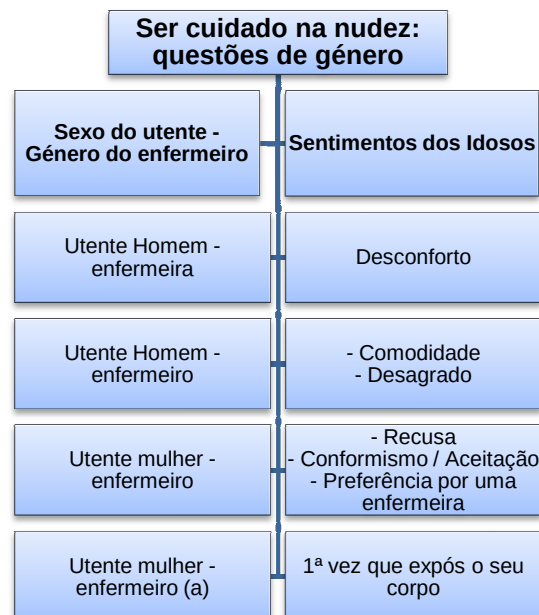
essencial do eu. É provavelmente, por isso, que a maioria dos idosos e das pessoas em geral preferem o cuidado fornecido por aqueles com quem compartilham laços de afecto ao de estranhos.

“O lugar da família no processo de cuidados, durante a hospitalização do doente idoso, deve ser promovido e incentivado, tendo em consideração que se está a proporcionar o conforto e o bem-estar do doente, mas também, em muitos momentos, torná-los únicos para os membros daquela família” (Silva, 2006:89).

Pela nossa experiência profissional, verificamos que a participação da família na prestação do banho a um familiar com necessidade de ajuda para a realização desta actividade de vida diária, em contexto de internamento hospitalar, permite planificar, organizar e facilitar o regresso deste a casa e o fornecimento do banho com maior à vontade, tendo em conta as suas preferências.

O organograma seguinte demonstra sucintamente as combinações de género utente – enfermeiro(a) e os sentimentos expressos pelos participantes do nosso estudo face à prestação do banho no leito.

Figura 7 – Ser cuidado na nudez: questões de género



2.3 - Ser cuidado na nudez: o papel da experiência do enfermeiro

A palavra experiência deriva do latim *experientia* e significa conjunto de saberes e aptidões adquiridas através do exercício de uma profissão, de uma arte, de uma tarefa ou através da longa prática de alguma coisa. Conjunto de saberes ou conhecimentos que alguém adquiriu através das suas faculdades intelectuais, motoras..., com o passar dos anos e pelo contacto com a realidade (dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001). De acordo com Costa (1998:23) "(...) experiência é tudo o que se constitui no curso da vida, na confrontação quotidiana com o real, onde surge a necessidade de resolver problemas de toda a natureza. Constitui-se na intimidade da pessoa, tanto individual como colectivamente e engloba os diferentes aspectos da mesma: sensitivos, intelectuais, afectivos".

A enfermeira perita²⁸, ao contrário da enfermeira principiante recorre às experiências anteriormente vivenciadas, analisa a situação como um todo e dirige-se ao cerne do problema. "(...) as peritas funcionam como chefes de orquestra em situações complexas, enfrentando em todas as frentes, respondendo a todas as necessidades. Elas são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua estratégia em consequência. Além disso, elas têm confiança na sua própria capacidade e raramente entram em pânico em alturas de crise" (Benner, 2005:121).

A mesma autora (p. 30-31) menciona ainda que "(...) a solução encontrada por um enfermeira experimentada e perita para resolver um problema será diferente da de uma enfermeira principiante e competente".

Alguns participantes do nosso estudo demonstraram que a experiência profissional do enfermeiro não tem qualquer influência com a forma como o banho lhes é fornecido, tal como está patente nos excertos abaixo referenciados:

E7- *"Não tem influência. (...) Não me faz cá diferença nenhuma".*

E8- *"O que vier morre!"*

Em contrapartida dois participantes demonstraram a sua preferência por um enfermeiro(a) com mais experiência profissional:

E5- *"Crianças novas e um velho como eu diante de um inocente daqueles".*

E11- *"(...) uma enfermeira mais velha penso que seja melhor".*

²⁸ Segundo Benner "Para que uma enfermeira atinja o nível de perícia é necessário trabalhar mais de seis anos (...)" (2005:170).

2.4 - Sentimentos das pessoas idosas face à nudez durante o banho

Esta subcategoria explana os sentimentos vividos por idosos dependentes quando são cuidados no banho por enfermeiros(as).

Para Renaud (1994:73) “O sentimento é mudo, mas não inexpressivo. Ele surge da interioridade do corpo, mas do corpo compreendido na face não objectivável”.

Segundo Damásio (2003), os sentimentos são a expressão do sofrimento humano, na mente e no corpo. Para o autor, os sentimentos podem ser, e geralmente são, revelações do estado da vida dentro do organismo. Pode ser descrito como uma experiência subjectiva que não pode ser generalizável, surgindo como uma forma de juízo separado da mente (razão) e que pode ou não concordar com ela (Slepoj, 1998).

“Tendo em conta que os sentimentos levam a pessoa para opções e itinerários de vida, surge a sua faculdade intencional, que encontra as suas próprias energias no mundo dos valores existenciais. Intuitivamente, a pessoa reconhece aquilo que é positivo ou negativo para o indivíduo e para a colectividade, na base de um «sentir» que está ligado ao prazer e à dor, às próprias raízes corpóreas e biológicas da vida” (Slepoj, 1998:13-14).

Os enfermeiros, na sua actividade diária, quase sem se aperceberem, “violam” constantemente o corpo do outro e todos os seus pudores, desintegrando-o da sua intimidade. Neste sentido, o enfermeiro ao lidar com o indivíduo, está acima de tudo a lidar com algo que ele mais esconde – o pudor individual e social (Almeida, 1997).

No banho, tal como as partes corporais são discretamente descobertas e lavadas são também num certo sentido descobertos os sentimentos e pensamentos interiores (Manen, 1998).

O sentimento **vergonha** foi vivenciado aquando da prestação do banho no leito pela maioria dos participantes do nosso estudo. Nesta sequência, as expressões por eles referidas remetem-nos para o conceito de vergonha explicado na literatura, como sendo proveniente do conflito interior da pessoa consigo mesma e do valor social atribuído ao estar nua. Para Elias (2006), o pudor ou vergonha, que provoca o estar nu/destapado é uma espécie de angústia que a pessoa vive, de uma maneira quase automática em circunstâncias precisas. A afronta social faz temer qualquer gesto de superioridade da parte de outrem, face ao sentimento de inferioridade que a pessoa está a viver.

Simbolicamente receia perder a estima daqueles que a educaram nesses valores. Assim, ao manifestar vergonha, a pessoa idosa revela estar lúcida e continuar a defender os valores dominantes do grupo de pertença. Revela que possui um self²⁹ na medida em que adopta as atitudes do grupo social ao qual pertence (Mead, 1962 citado por Veiga, 2007).

Pelas expressões das pessoas idosas podemos perceber a forma como a vergonha é vivida.

E4- *“Como é que hei-de explicar? É comovente, acho comovente. A gente sempre se vai lavando sozinhos, agora com uma pessoa estranha a tocar no nosso corpo (...) a gente sente receio ou pudor. Não sei. Há coisas que não dá para explicar (...) desde criança que não me sinto bem em trajes, como diz o outro, em trajes menores, ao pé de outra pessoa. (...) A gente ressentido qualquer coisa, sente um pudor qualquer, por expor-se a um indivíduo que não se conhece de parte nenhuma”.*

E5- *“Sinto a maior paixão deste mundo (choro). Envergonhado”.*

Também Pupulim (2003) no seu estudo concluiu que a vergonha foi o sentimento prevalente entre os utentes, predominando no momento do internamento e na execução de procedimentos, seguida pela sensação de mal-estar, sensação de medo e tensão.

Benedict (1972) citado por Almeida (2004:4), defende que uma pessoa “poderá envergonhar-se quando é ridicularizado abertamente, ou quando cria a fantasia para si mesmo de que o tenha sido”. Desta forma, a vergonha ocorre com a exposição do homem, mesmo que não acompanhada de juízo negativo por parte do “outro”. Esta emoção surge, muitas das vezes, pelo simples facto do sujeito sentir-se observado (Almeida, 2004). Nesta linha de pensamento, Izard (1991) citado por Strongman (2004) refere que a vergonha cria um clima de embaraço, podendo levar ao insucesso social, pois a opinião dos outros prevalece em relação à pessoa.

Pouco a pouco, o doente vai perdendo o pudor inicial, resultado de um processo nocivo que o demite gradualmente do seu lugar de Sujeito e o conduz a entregar o seu corpo nas mãos dos profissionais de saúde, tornando-se «objecto» assexuado dos seus cuidados, com o intuito de defender-se de mais humilhações.

A relação enfermeiro-utente é um processo que se vai desenvolvendo e crescendo de intensidade à medida que o conhecimento e a interacção entre os dois acontece e só assim a confiança entre ambos se vai consolidando, tornando a

²⁹ O self é a consciência de si enquanto objecto, é a parte da experiência que discrimina com descritiva de si e formando a sua identidade. Forma-se na interacção com o meio (físico, social e cultural) (Vieira, 2000).

capacidade de ajuda do enfermeiro mais eficaz. Estes aspectos ganham relevância quando falamos do cuidar da intimidade do doente, pois quando se trata de um aspecto tão pessoal e de cariz tão profundo, podemos afirmar que, se a relação de confiança pré-estabelecida for sólida, muitas das barreiras que os opõem poderão ser quebradas, facilitando assim, a “entrada” do enfermeiro no seu campo íntimo e para o doente torna-se menos agressivo.

É óbvio, como atrás referido, que uma relação de confiança “(...) não aparece no primeiro contacto do doente com o enfermeiro, mas é um processo de construção que exige alguma afectividade entre ambos, que se cria ao longo do tempo” (Almeida, 1997:66).

E2- “(...) a gente depois vai-se adaptando às pessoas que vão lidando connosco. Ao princípio é sempre uma vergonha (...). É aquela vergonha, um custo. Não encaramos bem a pessoa”.

Uma utente afirmou que o banho na sua casa é melhor e mais agradável, depreendendo-se do seu discurso que o banho no leito é superficial, menos higiénico e menos reconfortante.

E12- “Na minha banheira é melhor (risos) ai consola na minha rica banheira!”.

Ao nível da **aceitação (conformismo)**, acção ou resultado de se conformar, de se resignar, de aceitar sem revolta (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001), destacaram-se as seguintes unidades de registo no discurso dos participantes do estudo:

E2- “Para cuidar da higiene temos que nos despir. E, não é que me sinta à vontade mas é com custo. Mas tem de ser”.

E4- “o que é que a gente vai fazer? Deixar andar (...) na situação em que a gente está é gostar. É gostar. Tem de ser. Não pode ser feito de outra maneira”.

E7- “Fiquei como envergonhada. Mas não tive outro remédio senão (pausa) senão aceitar. (...) C'ma sim é pa lavar, é pa lavar. Eu na posso. Se eu pudesse, quem em lavava era eu mas na posso”.

A par destas unidades de registo e para uma melhor compreensão das mesmas, é de salientar a designação que Mariz (2005:91-94) atribui ao conceito de aceitação, sendo este encarado como o reconhecimento de uma carência, adquirindo o que lhe é oferecido com conformismo. A relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, pode gerar condições de compromisso o que leva as pessoas a aceitarem e a considerarem, quase como inevitável a aceitação.

Grande parte dos utentes entende e aceita a necessidade de expor o corpo para lhe serem fornecidos cuidados, não significando isto, diminuição da sensação desagradável face à exposição da sua intimidade (Pupulim, 2003).

“Ainda que o doente deseje sentir-se melhor, se deixe cuidar (...) a higiene nunca é aceite de bom grado; na melhor das situações é tolerada e, por vezes, imposta pela força das circunstâncias” (SFAP - Colégio de Cuidados de Enfermagem, 2000:156).

No sentimento em questão podemos verificar que, para os participantes do estudo, o banho foi encarado como uma necessidade essencial, nomeadamente de limpeza.

E6- “Não é que goste muito mas tenho que gostar (...) Eu vejo que é uma necessidade precisa (...)”.

Numa pesquisa realizada por Ogasawara (1989), os utentes referiram que se submetiam ao banho como uma imposição, sentindo vergonha em expor o corpo nu aos olhares de outros indivíduos (citado por Buógo & Cogo, 2002).

Vieira (s/d:261) num dos seus estudos avaliou a percepção das pessoas em relação ao banho no leito, chegando à conclusão que estes consideram-no indispensável.

O sentimento de **tristeza** foi manifestado apenas por um utente quando refere:

E2- “Sinto-me desmoralizado, sinto-me triste. Olhe sinto-me em baixo que mais posso dizer?”.

Assim, e reportando-nos a Izard (1991) ainda, que por ser uma emoção tão habitual, a tristeza interage com outras emoções da vida como a raiva e a vergonha (citado por Strongman, 2004).

Numa situação de doença e de dependência de outros para os cuidados ao corpo podemos observar um sentimento de apudor que se manifesta porque a pessoa doente tem tendência a centrar-se na sua doença, reduzida que está ao seu corpo objecto de cuidados. Assim, ela vai dar o seu corpo a ser visto e conhecido pelo enfermeiro desligando-se dos seus anteriores papéis sociais: a doença passa a ser a sua identidade. Citando Le Breton, este comportamento de entrega passiva está também relacionado com a interiorização da concepção do corpo dissociada do espírito que dá ao corpo um estatuto de autonomia, permitindo-se que o corpo seja «estudado por ele mesmo» (*in* Delomel, 1999). Esta abordagem antropológica ajuda-nos a compreender as atitudes apúdicas de alguns doentes hospitalizados.

Esta situação foi referenciada por vários participantes do estudo:

E9- “Não tenho vergonha nenhuma. (...) Toda a gente tem as mesmas coisas (...) Não há que haver vergonha na distinção uns dos outros”.

E9- “Sinto-me à vontade. (...) tudo o que eles fazem aqui dentro é tudo à vontade, seja mulher, seja homem. (...) Não estou aqui nem cheio de maldade a querer que fosse uma mulher a despir-me (...) Às vezes podia ser a gente conhecer algum enfermeiro assim da rua e chegar aqui e ter mais vergonha assim. Eu cá estou à vontade. Se as pessoas fossem todas assim”.

E10- “Mais à vontade do que eu estou, não posso estar. A minha vontade era não estar aqui. É estar em minha casa”.

A constatação de apudor, da indiferença ou ainda de atitudes impúdicas reveladas nas pessoas tratadas durante a sua higiene íntima, só pode elucidar-se se a correlacionarmos com o contexto particular no qual este fenómeno se produzem, caracterizado por uma dependência dos enfermeiros, por causa de uma doença ou de um handicap, para responder às necessidades de base (Delomel, 1999).

Face à situação de dependência, Delomel (1999) defende que o recurso aos outros para permanecer vivo inaugura uma etapa de regressão. Nestas condições compreende-se que o pudor e a intimidade possam tornar-se secundários.

Cremos que o apudor e a hipersensibilidade da maioria dos doentes não testemunham senão uma adaptação conseguida, bem como boas disposições para seguir as prescrições e dar as garantias de querer melhorar (Delomel, 1999).

A **aniquilação de si** foi outro sentimento vivenciado pelas pessoas idosas face à sua nudez no banho. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001) aniquilação significa anulação de si próprio; estado de profunda humildade. Por sua vez o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (1952) define-o como reduzir a nada, considerar como nada.

Foi visível no depoimento de um idoso, este sentimento de profunda redução de si a um pedinte e a um monte que nada vale.

E5- “Olhe sinto-me um pedinte pra li. Sinto-me uma coisa não sei como (...)”.

E5- “Não sinto nada. É aquele montinho que está pra’ li (...) que está pra li sem poder nada (...)”.

A palavra **inevitabilidade** deriva do latim *inevitabilis*, ou seja, qualidade daquilo a que não se pode fugir, daquilo que não se pode impedir.

O envelhecimento é um facto que não se pode evitar, um acontecimento inevitável. Segundo Andrieu (2004:109) “Envelhecer é uma fatalidade indesejável, e ninguém consegue escapar a isso mesmo utilizando todos os meios para evitá-la”. Para este autor, o enfraquecimento imunitário e a degenerescência nervosa convertem o

envelhecimento num processo inelutável, que descorpora o sujeito pelo conflito entre a imagem de si próprio e o resultado do tempo sobre o espaço material do seu corpo.

O envelhecimento faz parte da própria vida, está previsto no determinismo humano, constitui uma fatalidade da qual ninguém pode escapar.

E12- "Na minha idade, a gente aceita aquilo que querem fazer à gente. Que remédio, não é? (...) eu estou aqui à espera daquilo que elas tiverem a fazer. Tem que ser assim".

Os cuidados de higiene, em especial, o banho no leito, sobreexpõem a pessoa idosa a incapacidade e vulnerabilidade, porque ela traz consigo as marcas do inevitável. Deste modo, cabe aos enfermeiros terem em atenção os diferentes sentimentos que podem advir dessa situação, estando atentos às diferentes reacções inerentes à situação.

A tabela seguinte concentra os sentimentos das pessoas idosas face à nudez no banho, bem como algumas unidades de texto.

Tabela 10 – Sentimentos das pessoas idosas face à nudez durante o banho

Sentimentos das pessoas idosas face à nudez durante o banho	
Vergonha	E4- “Como é que hei-de explicar? É comovente, acho comovente. A gente sempre se vai lavando sozinhos, agora com uma pessoa estranha a tocar no nosso corpo (...) a gente sente receio ou pudor. Não sei. Há coisas que não dá para explicar (...) desde criança que não me sinto bem em trajes, como diz o outro, em trajes menores, ao pé de outra pessoa. (...) A gente ressentido qualquer coisa, sente um pudor qualquer, por expor-se a um indivíduo que não se conhece de parte nenhuma”. E5- “Sinto a maior paixão deste mundo (choro). Envergonhado”.
Aceitação (conformismo)	E2- “Para cuidar da higiene temos que nos despir. E, não é que me sinta à vontade mas é com custo. Mas tem de ser”. E4- “o que é que a gente vai fazer? Deixar andar (...) na situação em que a gente está é gostar. É gostar. Tem de ser. Não pode ser feito de outra maneira”. E7- “Fiquei como envergonhada. Mas não tive outro remédio senão (pausa) senão aceitar. (...) C'ma sim é pa lavar, é pa lavar. Eu na posso. Se eu pudesse, quem em lavava era eu mas na posso”.
Tristeza	E2- “Sinto-me desmoralizado, sinto-me triste. Olhe sinto-me em baixo que mais posso dizer?”.
Ausência de vergonha/ à vontade	E9- “Não tenho vergonha nenhuma. (...) Toda a gente tem as mesmas coisas (...) Não há que haver vergonha na distinção uns dos outros”. E9- “Sinto-me à vontade. (...) tudo o que eles fazem aqui dentro é tudo à vontade, seja mulher, seja homem. (...) Não estou aqui nem cheio de maldade a querer que fosse uma mulher a despir-me (...) Às vezes podia ser a gente conhecer algum enfermeiro assim da rua e chegar aqui e ter mais vergonha assim. Eu cá estou à vontade. Se as pessoas fossem todas assim”. E10- “Mais à vontade do que eu estou, não posso estar. A minha vontade era não estar aqui. É estar em minha casa”.
Aniquilação de si	E5- “Olhe sinto-me um pedinte pra li. Sinto-me uma coisa não sei como (...)”. E5- “Não sinto nada. É aquele montinho que está pra' li (...) que está pra li sem poder nada (...)”.
Inevitabilidade	E12- “Na minha idade, a gente aceita aquilo que querem fazer à gente. Que remédio, não é? (...) eu estou aqui à espera daquilo que elas tiverem a fazer. Tem que ser assim”.

2.5 - Manifestações da pessoa idosa durante o banho

Para Watzlawick, Beavin e Jackson (1993) um corpo exposto emite sempre um conjunto de sinais que provocam o outro, manifestando-lhe uma intencionalidade, dirigindo-lhe um apelo, sugerindo-lhe uma interpretação ou um juízo estético; o mesmo é dizer que qualquer pessoa em relação com outra influencia a sua acção e também age como reacção (citado em Ribeiro, 2005). Pois, “cada um de nós tem uma esfera protectora, «bolha», que o organismo cria para se isolar dos outros e das relações que o invadem, que ocupam espaços íntimos, levando o indivíduo, em muitas situações de cuidados que implicam proximidade e toque (...) a adoptar mecanismos de defesa

(atitude física, contracção dos músculos (...)) que produzem desconforto e sofrimento” (Ourives *in* Neves & Pacheco, 2004:444).

A presença dos outros pode produzir-nos um sentimento de insegurança e, por reacção, fechamo-nos no nosso mundo. Este isolamento tende a transformar-se num mecanismo de defesa desajustado, se a comunicação com os outros, deixa de ser regular (Andrieu, 2004). O sentimento de abandono instala-se, agravado pelo comprometimento do estado de saúde e uma autonomia reduzida.

Cada utente procura preservar a sua intimidade e individualidade, manifestando a sua inquietação face à prestação do banho no leito pelos enfermeiros, verbalizando-a ou expressando-a gestual ou fisionomicamente. Nestas situações, os utentes procuram utilizar indícios de desvio para reduzir as emoções dolorosas, corando, chorando, evitando o contacto visual ou até mesmo ficando calados.

A palavra **corar** deriva do latim *colorāre* e significa ficar com a pele do rosto vermelha ou rosada, devido a um afluxo de sangue provocado por uma emoção, geralmente, de vergonha ou embaraço (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001).

Um dos participantes evidenciou esta situação:

E11- *“Fiquei corada e parece-me até que (...) era uma inquietação (...) fiquei zangada comigo mesma. Eu disse assim: nunca devia ter deixado sequer ao menos o outro estar a ver mas olha deixá-lo estar. E... Mas custa, custa um bocadinho”.*

Os idosos dão extrema importância à preservação da sua intimidade. O banho no leito é um momento propício para o estabelecimento de um contacto mais íntimo com o utente, na medida em que o seu corpo desnudado fica exposto aos olhos dos profissionais de saúde, podendo sentir-se desprotegido e com manifestações e expressões físicas e emocionais mais genuínas. Outra dessas expressões é o **choro**, derivado regressivo de chorar, do latim *plorare*, reacção à dor ou a qualquer emoção ou sentimentos fortes e que consiste em verter lágrimas, por vezes acompanhadas de soluções, gritos ou lamentos mais ou menos contínuos (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001):

E5- *“(...) eu não choro mas a vontade está”.*

Para o utente, “Quando a proximidade física é uma imposição do cuidar, este como que desonera o olhar do prestador dos cuidados da sua inconveniência; (...) cabe-lhe respeitar a regra e fechar os olhos para evitar constrangimentos, tanto da parte do

prestador como da sua. Fechar os olhos pode ainda constituir uma forma de o doente exteriorizar a vergonha que sente” (Simmel, 1981; Le Breton, 1998 *in* Mercadier, 2004:24).

Importa realçar que quanto mais as pessoas interagem a pequenas distâncias menor é o contacto visual. Neste sentido dois utentes do estudo referiram **fechar os olhos** com vergonha e outro ainda referiu **virar a cara para o lado**.

E5- “Fecho os olhos com vergonha (...) Fecho os olhos muita vez.(...) Não olho. Não faço caso”.

E5- “(...) uma enfermeira eu viro a cara prá banda e deixo andar”.

A maioria das pessoas idosas vive aparentemente, sem contestação os cuidados que recebe, pois como diz Saramago (2004:243) “não se lhes pergunta nada, e então calam-se”. Ou seja, a pessoa idosa dependente que vive o seu processo de saúde--doença, muitas vezes **silencia o seu desconforto**, tal como verificado na citação seguinte:

E10- “(...) o sujeito tem que estar com a boca fechada. (...) adianta-se alguma coisa em falar? (...) A boca fechada diz tudo”.

Abaixo, apresentamos o diagrama de Venn com a subcategoria anteriormente explanada *Manifestações da pessoa idosa durante o banho no leito*, bem como as respectivas unidades de registo.

Figura 8 – Manifestações da pessoa idosa durante o banho no leito



2.6 - O banho como promoção da autonomia do idoso

“O termo autonomia deriva de duas palavras gregas *autos* e *nomos* que significam, respectivamente, o poder de dar a si próprio uma regra, definindo os seus interesses individuais e relações particulares. Autonomia é, portanto, o poder de independência (autodeterminação) exercido pela pessoa” (Filipe *in* Neves & Pacheco, 2004:238).

Promover a autonomia do doente é geralmente identificado como um princípio ético dos cuidados de saúde que é o do respeito pelas pessoas escolherem aquilo que afecta a sua vida. Significa o reconhecimento de que cada pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de auto-governar-se, de decidir por si mesma (OE, 2003³⁰). Num sentido mais restrito podemos considerar que a autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia a dia, de acordo com as suas próprias regras e preferências (OMS citado por Direcção Geral da Saúde, 2004).

A enfermagem tem por objectivo manter e repor a independência da pessoa para que possa satisfazer, por si só, as suas necessidades fundamentais, comuns a qualquer ser humano doente ou saudável. A função do enfermeiro é a de suprir, na pessoa, aquilo que lhe falta para ser completo, total, ou independente. As práticas de enfermagem são única e exclusivamente aquelas que são desenvolvidas, tendo em vista a manutenção e o restabelecimento da independência do doente relativamente à satisfação das necessidades fundamentais (Adam, 1994; Collière, 1999).

No hospital o controlo sobre si é muitas vezes perdido, o controlo das funções fisiológicas altera-se, deixando de ser exercido nos moldes habituais e socialmente aceites como dignos. Sendo assim a dependência do corpo torna-se uma situação extremamente perturbadora, sobretudo, numa sociedade imbuída do ideal de autonomia. Desta forma, o enfermeiro deverá incentivar a participação activa dos utentes, tendo em atenção a sua individualidade e as suas reais condições, de forma que adquiram independência no autocuidado e convivam da melhor forma possível com as suas limitações.

³⁰ Ordem dos Enfermeiros. Lisboa – Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. 187 p.

Tendo em conta o explanado anteriormente, pensamos que a avaliação do tipo de banho mais adequado a determinado utente e a participação do mesmo na sua prestação deverá ser centrada na autonomia e não na dependência. A questão essencial é saber o que é que o idoso é capaz de fazer, em vez de uma avaliação centrada naquilo que já não pode ou não consegue realizar. Muitos participantes do estudo manifestaram satisfação pelo facto de serem eles próprios a lavar determinadas áreas do corpo que são capazes de atingir e pelo do enfermeiro dar-lhes essa oportunidade. Denota-se assim, que o acto de lavar é vivido de forma mais descontraída quando os idosos podem colaborar:

E3- "Pois. É mais respeito (...) Acho que é melhor".

E9- "(...) lavo com a minha mão, que eu chego lá e consigo lavar. Não deixo a Sr.ª lavar. (...) Tiro o lençol e faço com a minha mão".

Um outro modo de diminuir a vergonha é legitimar o acto, ou seja, oferecer a possibilidade de ser a própria pessoa idosa a realizar o cuidado mesmo sabendo que não será capaz de fazê-lo. Esta atitude pode ser encarada como um modo da pessoa idosa, perante si própria legitimar a sua incapacidade e aceitar a invasão da intimidade do seu corpo.

Parece-nos que, para além de uma substituição daquilo que os utentes não podem, temporariamente, assegurar por si próprios (Collière, 1999), os enfermeiros têm consciência de que estimulando as pessoas a fazer pequenas coisas, as limitações que estão presentes tendem a recuar e até a desaparecer, bem como as que possam vir a acontecer, retardando-lhes o seu aparecimento. O objectivo primordial é, de acordo com Costa (1998) minimizar a dependência e maximizar a independência funcional.

Bolander (1998), refere que a higiene perineal é muitas vezes ignorada tanto pelas pessoas que recebem cuidados como pelas que os prestam, devido ao embaraço. De forma a contrariar esta situação de embaraço, Vieira e Cruz, s/d, defendem que, o simples acto dos utentes lavarem os genitais faz com que se sintam menos dependentes. Explicar ao utente o que se vai fazer, antes de iniciar os cuidados à zona genital, torna-se também fulcral para diminuir, dentro do possível, o desconforto sentido.

Está patente nas citações das pessoas idosas, a preferência para o autocuidado na limpeza das **zonas íntimas**, bem como o desconforto instaurado, pela limpeza desta parte ser efectuada pelos enfermeiros.

E12- "Eu não gosto que um enfermeiro me esteja a limpar por baixo mesmo ali".

E12- *“Não me sinto muito bem a lavarem-me aquelas misérias todas (...) ele tá aqui a fazer o seu serviço. A gente tem de aceitar. Mas eu não gosto. Nunca gostei”.*

Provavelmente o poderoso e opressivo ambiente hospitalar domina e subjuga o utente, não sentindo o mesmo, liberdade para expressar o seu descontentamento e revolta e exigir assim a sua vontade. Daí as expressões “tenho de aceitar aquilo”, “o que é que a gente há-de fazer?”.

Neste sentido, a equipe de enfermagem deverá procurar proporcionar, estimular e favorecer o autocuidado referente à higiene corporal. Costa (2006:177) reforça que, “a participação do doente idoso nos cuidados de enfermagem assume a dimensão de participante activo na construção do seu processo de cuidados, co-constituindo um conhecimento fundamental. O conhecimento e participação dos idosos nos cuidados estruturam não só a actuação do enfermeiro, como reorienta a sua actividade na equipa e reelabora o processo de cuidados que, ao longo dos tempos foi construindo”.

Contudo, tendo em conta que a literatura profissional e as políticas de cuidados preconizam a participação do doente nos seus cuidados, verifica-se uma importante divergência entre o discurso e a realidade (Silva, 2006). Num estudo realizado em Espanha, relativamente às expectativas dos doentes sobre a sua participação na tomada de decisão quanto aos cuidados, Martínez *et al* (2004) concluíram que a percentagem mais alta delega totalmente nos profissionais (69,5%), uns 13,6% desejam que participe a família, apenas 8,5% desejam eles próprios participar, e outros 8,5% desejam participar, conjuntamente com a família.

Um dos participantes do nosso estudo pertence à fatia dos 69,5% que prefere delegar o banho e especificamente a limpeza das zonas íntimas no profissional de saúde.

E10- *“Elas é que são obrigadas a lavar. (...) Deixa elas lavarem que elas precisam ganhar! (...)”.*

Da mesma forma Cabete (2005:122) menciona que “A capacidade de tomar decisões é uma área fundamental na autonomia do ser humano: poder escolher e poder decidir, fazem parte dos direitos mais básicos na vida e dignidade de cada um. O idoso, só por ter mais idade, não será excepção”.

O doente espera dos enfermeiros a ajuda necessária para a realização de todos os cuidados que a sua pessoa precisa para continuar a manter a vida e a dignidade, aliviar ou diminuir o seu mal-estar. Colocar-se no lugar do utente e pensar de que forma ele prefere que seja fornecido o banho no leito, é uma forma de garantir a promoção da sua saúde e autonomia.

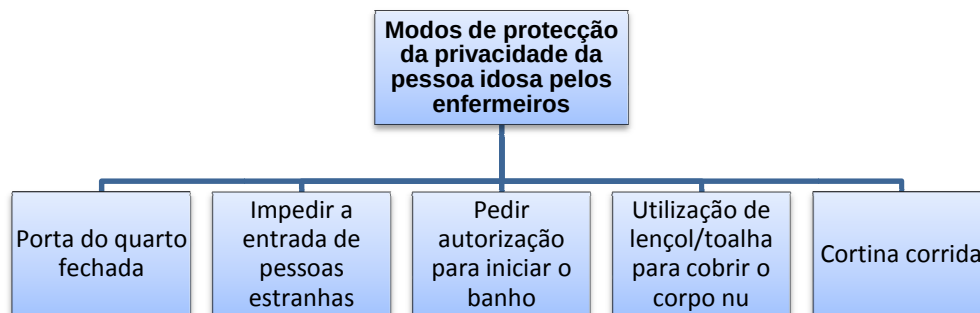
3- O momento do banho: interferências e vivências

A categoria *O momento do banho: interferências e vivências* emergiu da identificação de duas subcategorias: Modos de protecção da privacidade da pessoa idosa pelos enfermeiros e Invasão da privacidade da pessoa idosa.

3.1- Modos de protecção da privacidade da pessoa idosa pelos enfermeiros

Na presente subcategoria foram identificadas 5 unidades de registo, as quais se apresentam traçadas no seguinte organograma:

Figura 9 – Modos de protecção da privacidade da pessoa idosa pelos enfermeiros



Na situação de doença com internamento hospitalar a fragilidade humana da pessoa idosa agrava-se podendo acentuar-se a sua vulnerabilidade. Perante o sentimento de ameaça que a doença provoca e o internamento acentua, a pessoa idosa reage e procura preservar-se da insegurança global que a atinge. A vontade de preservar tudo o que era seu, especialmente a sua identidade é uma característica que na doença se pode agudizar (Guardini, 2000 citado por Veiga, 2007).

Tal como na vida quotidiana há actos que são realizados no wc à porta fechada na maior privacidade, o mesmo acontece com actos que exigem destapar o corpo.

Lopes (2005:7) observou que “no modo de estabelecer o 1º contacto, raramente o enfermeiro age segundo os padrões de abordagem social convencional de auto-apresentação, ocorrendo um simples cumprimento para consumir um cuidado através de uma ordem implícita que acompanha de imediato a tarefa a realizar”.

Downey e Lloyd (2008) defendem métodos básicos para manter a privacidade e a dignidade do utente: cobrir o cliente com um lençol ou toalha enquanto está a ser lavado, para que nenhuma parte do seu corpo fique exposta; verificar se nenhuma cortina está indevidamente fechada, para permitir que ninguém consiga espreitar; prevenir que as outras pessoas, pessoal (staff) ou visitas, interditem o quarto durante o banho; se as cortinas da cama ou a porta do quarto estiverem fechadas, o pessoal deverá pedir licença para entrar, antes de o fazer, ou bater á porta, ou ainda perguntar à enfermeira que está por detrás da cortina na prestação de cuidados.

Está patente, nas orientações supra citadas, que o ambiente físico é a chave para estimular os utentes a encarar o banho como uma experiência de bem-estar. O ambiente deve oferecer calor, espaços íntimos, os quais podem ser alcançados através da disposição, luzes, acabamentos, mobiliário e toques especiais dentro das áreas do banho (Asid & Renegar, 2003).

Também o facto de a porta da enfermaria ser fechada simboliza para o utente um reforço à sua privacidade. É também um sinal explícito e usualmente eficaz que condiciona o acesso das pessoas estranhas à unidade de internamento.

As pessoas idosas, participantes do estudo, verbalizaram a protecção sentida pelo facto dos enfermeiros manterem a porta do quarto fechada aquando do fornecimento do banho no leito.

E9- encosta a porta pra lá para as pessoas que estão aqui a passar no corredor... é sempre bom ter uma protecção".

E9- "Eles encostam a porta para não aparecer aí ninguém nos corredores. (...) um Sr. que tá a lavar outra pessoa... aqui. Eles encostam sempre a porta".

Da mesma forma os participantes sentem-se resguardados na sua intimidade quando no quarto estão apenas as pessoas necessárias à prestação do banho e é impedida a entrada de desconhecidos.

E9- "Pessoas fora a enfermeira ou auxiliar não entra mais ninguém".

E9- "Se é enfermeiro ou enfermeira ou desses auxiliares que quer entrar bate à porta".

A comunicação de todas as intervenções a efectuar ao utente, o pedir permissão, bem como o questionamento acerca do seu conhecimento sobre os aspectos que lhe estão inerentes, antecede o destapar do corpo da pessoa idosa e permite-lhe uma preparação prévia para os procedimentos que lhe vão ser efectuados, o que influencia na forma como o próprio vivencia o cuidado prestado.

Pedir permissão, antecede o destapar do corpo da pessoa idosa, sendo usados modos de comunicação verbal e não verbal. No nosso estudo, a formulação indirecta do pedido de autorização era efectuada através do informar explícito do cuidado que iria ser realizado, como mencionam algumas pessoas idosas.

E2- “O enfermeiro chega aqui e diz: oh Sr. E vamos tomar um banhinho. (...) É uma autorização. Pede autorização para tomar o banho”.

“Sendo o enfermeiro, um profissional de saúde em constante contacto com o utente durante a hospitalização, é imprescindível circunstanciar sobre a conduta da enfermagem no sentido de resguardar esse direito. A enfermagem procura preservar a intimidade e a privacidade dos doentes usando biombos, cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento e solicitando que familiares/visitas se retirem do quarto/enfermaria ao realizar um cuidado, caracterizando essa tentativa de protecção como um gesto humanitário e de respeito” (Pupulim, 2002:434). A utilização de uma toalha ou de um lençol para cobrir o corpo nu da pessoa idosa durante o banho no leito é referida por dois utentes:

E2- “O lençol é tirado na altura em que é preciso virar ou qualquer coisa assim do género.

E7- “Elas botam um lençol debaixo de mim, puxam-me para cima e depois cobrem-me e fico pronta a modos de elas pegarem em mim”.

E1- “Quase sempre tapam com a toalha. Quase sempre tem toalha”.

O doente deve ser abordado na sua individualidade, isolado do olhar dos outros. Por isso, torna-se fundamental que determinadas atitudes e acções sejam efectuadas com a cortina da unidade do doente fechada, como que de um isolamento se tratasse, minimizando aquilo que se designa por: violação da privacidade.

De acordo com Lopes, “A sensação de protecção que emana de um reposteiro corrido é a da existência de uma parede protectora que leva a pessoa a sentir-se como se estivesse em sua casa, num espaço percebido como privado, embora sendo público” (2006:70).

De salientar, no nosso estudo, a atenção prestada pelas pessoas idosas ao facto dos enfermeiros terem o cuidado de puxar a cortina antes do fornecimento do banho, como se verifica nos seguintes excertos:

E6- “É. A cortina é corrida. (...) Eu cá não vejo outra coisa”.

Se estes cuidados forem ignorados e delegados porque socialmente desconsiderados, está a rejeitar-se a pessoa nos momentos em que mais frágil e em

sofrimento está e ela própria se minimiza por apresentar comportamentos que socialmente só são aceitáveis nas crianças.

“A salvaguarda da privacidade em actividades íntimas (tais como tomar banho) é indispensável à preservação do sentido de auto-respeito e competência social” (Sousa *et al*, 2004:136)

“O doente quando é internado vive muito de perto o medo e o pavor de ter de mostrar o seu corpo nu a olhares de estranhos. Despido fica numa situação de extrema pobreza, de desconforto e de embaraço. Por isso, a privacidade é uma necessidade natural e um direito do ser humano, indispensável para a autonomia do indivíduo.

Todo o profissional de saúde, nomeadamente a equipa de enfermagem, quando se relacionam com o corpo enfraquecido devem ter o cuidado de preservar a intimidade e a privacidade do mesmo, usando todos os meios materiais necessários e adequados para o proteger – por exemplo, usar biombos, cobrir as partes do corpo que não necessitam de ficar expostas e conversar sempre com o doente a fim dele não se sentir objecto” (Melo, 2005:51).

Se o enfermeiro se restringir à simples aplicação de técnicas invasivas sem efectuar uma explicação da razão das mesmas, o sentimento de invasão do seu mundo físico e psicológico será muito maior. Por isso, proteger a privacidade dos utentes, parece-nos ser a forma mais indicada para invadir o espaço do outro, se o objectivo for criar uma relação de entendimento.

3.2- Invasão da privacidade da pessoa idosa

Numa situação de dependência, a pessoa necessita de outrem para o fornecimento do banho no leito, actividade indispensável para o ser humano. O banho é um acto íntimo que envolve um clima de privacidade, contudo, num contexto de dependência essa privacidade poderá ser invadida. A forma como a pessoa encara essa perda da autonomia e a dependência de outrem relaciona-se com o modo como a pessoa se revê no olhar dos outros, isto é, como se vê olhada por quem lhe presta o banho, podendo em determinadas situações, afectar a dignidade da mesma.

O estudo de Turnock citado por Birrel (s/d), refere que cerca de 40% das pessoas idosas estavam destapadas no peito e genitais durante os cuidados e isso acontecia

tanto mais, quanto mais idosas eram as pessoas. Os enfermeiros reconheciam que as pessoas idosas viviam de modos diversos a situação de estarem destapadas e nuas. Uma pessoa sentiam-se perturbadas e outras aceitavam mais passivamente o facto, sendo visto como algo inerente ao tratamento e, como tal, inevitável.

Os enfermeiros referiam que, se por vezes ocorriam descuidos em manter a pessoa coberta, também havia doente que parecia oferecer o seu corpo e o estar destapado parecia não ser perturbador. Uns enfermeiros interpretavam essa atitude como uma forma de facilitar o seu trabalho, havia no entanto outros que declaravam que o estar nu no contexto do cuidado no hospital, era algo que a pessoa idosa considerava natural. Havia ainda a opinião que quando a pessoa idosa aparentava desconstracção, esse disfarçar era menos perturbador porque desfocalizava o seu desconforto, facilitando a interacção com o enfermeiro.

O desrespeito pela intimidade do utente pode ser entendido como uma invasão forçada, trazendo repercussões negativas que podem ameaçar o equilíbrio interno da pessoa (Neves & Pacheco, 2004). Esta situação ocorre inúmeras vezes na prestação de cuidados de higiene, quando o enfermeiro os encara apenas como uma simples técnica, cujo objectivo é deixar a pessoa limpa, não tendo em conta que cada utente é um ser único com as suas próprias crenças e comportamentos e, por isso mesmo, deverá respeitá-lo na sua forma de ser, viver, pensar e agir, sempre nos limites da sua autonomia. Os utentes que apresentam limitações no seu autocuidado, e que necessitam do auxílio do enfermeiro nos cuidados de higiene vêem o seu corpo manipulado por outro - quem cuida, o que poderá tornar-se constrangedor.

O descontentamento pelo facto da porta do quarto encontrar-se aberta aquando da prestação do banho no leito é verbalizada por vários utentes:

E7- "Gostava mais dela estar fechada mas ela tá é aberta. Tem muitos doentes ali dentro".

Outros, manifestaram sentir-se à vontade com esta situação:

E2- "Sinto-me à vontade. Não sinto assim grande diferença".

Por outro lado, a entrada e saída de enfermeiros, que não os que estão a fornecer o banho às pessoas idosas, é justificada por estas como uma necessidade de colocarem alguma questão ao colega de serviço ou por outra situação urgente.

E3- "Às vezes uma pessoa se precisa ir falar com outra, alguma coisa urgente".

E4- "Pode entrar pessoal, que me deu o banho, claro que hoje dá, amanhã não dá e ainda há outros que por exemplo vêm, podem conversar uns com os outros ou fazer uma pergunta mas quer dizer, pessoal que trabalha".

Um outro utente parece, pelo seu discurso manifestar descontentamento pelo facto de determinadas visitas entrarem no quarto na hora do banho, para verem os seus familiares e depararem-se com a sua nudez.

E9- *“(...) isto é um lugar que está sempre a entrar gente. (...) Está sempre a passar gente. É uma pessoa que vem ver um doente que tem aí. Entra aqui a perguntar por aquilo ou por isso. E chega aqui e está um homem ou uma mulher nua no meio de uma cama”.*

Estar tapado é considerado como socialmente aceitável, na medida em que se enquadra dentro das regras sociais. Por seu lado, o acto de destapar atenta a privacidade da pessoa só justificado pela necessidade de ser cuidado por outrem, ou seja, desde que haja uma finalidade.

Depreende-se pelo discurso dos nossos entrevistados a exposição desnecessária do seu corpo, contudo entendida como uma necessidade:

E6- *“Eles tiram o lençol para fora sem fralda... tiram fralda e tudo e lavam à vontade”.*

E7- *“É toda nua. É toda nua. Tiram o lençol, tiram tudo. (...) sentia-me melhor se tivesse um lençol a tapar mas elas têm que botar tudo pra baixo”.*

Segundo Lopes (2006:68) “Destapar causa constrangimento na Pessoa Idosa, porque não se respeitam os valores sociais impostos pelo processo civilizacional. Na pessoa idosa o corpo é percebido como um corpo envergonhado. As mulheres revelam mais ostensivamente sinais de perturbação que os homens. As manifestações do pudor são de vários tipos: puxam a roupa até ao pescoço, tapam-se quando acabaram de ser destapados, fecham as pernas, encostam os joelhos, colocam as mãos sobre os órgãos genitais e mamas, colocam os braços ao longo do corpo. Outras estão inibidas, não verbalizam a aceitação como inevitável, devido à dependência. Algumas referem não sentir qualquer inibição, seja de modo verbal ou não verbal”.

Acontece muitas vezes nas enfermarias que os enfermeiros não pedem autorização para destapar ou despir o utente, com frases tão simples como: “se não for inconveniente para si, posso puxar a roupa para trás?”, tal como nos refere um participante do estudo:

E10- *“Não pede autorização nenhuma.... É roupa pra fora, pronto”.*

“No modo de estabelecer o primeiro contacto raramente, o enfermeiro age segundo os padrões de abordagem social convencional de auto-apresentação, ocorrendo um simples cumprimento, para consumir um cuidado através de uma ordem implícita que acompanha de imediato a tarefa a realizar” (Lopes, 2005:7).

O desrespeito pela privacidade constitui uma ameaça real ao equilíbrio interno de cada ser humano, impedindo-o de responder às suas necessidades fundamentais e, consequentemente, de resolver os seus conflitos internos.

A questão da nudez e da privacidade do utente constitui um problema a ser debatido pela enfermagem, com o intuito de contribuir para o processo de cuidar em enfermagem e para a qualidade da assistência à saúde. Assinala-se que se considerou privacidade, neste estudo, o direito do utente hospitalizado de preservar seu corpo da exposição e manipulação por outrem, sendo que o desrespeito a esse direito caracteriza a sua invasão.

A tabela abaixo, aborda sucintamente todas as unidades de registo da subcategoria *Invasão da privacidade da pessoa idosa*, bem como algumas unidades de texto:

Tabela 11 – Invasão da privacidade da pessoa idosa

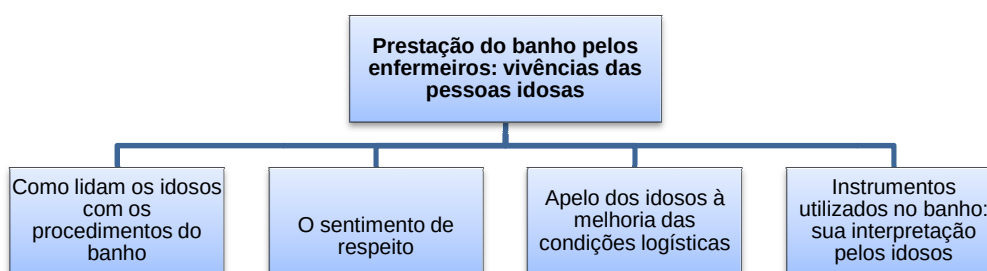
Porta do quarto aberta	E7- <i>"Gostava mais dela estar fechada mas ela tá é aberta. Tem muitos doentes ali dentro".</i> E9- <i>"(...) isto é um lugar que está sempre a entrar gente. (...) Está sempre a passar gente. É uma pessoa que vem ver um doente que tem aí. Entra aqui a perguntar por aquilo ou por isso. E chega aqui e está um homem ou uma mulher nua no meio de uma cama".</i>
Á vontade pela porta do quarto aberta	E2- <i>"Sinto-me à vontade. Não sinto assim grande diferença".</i>
Entrada e saída de enfermeiros do quarto	E3- <i>"Às vezes uma pessoa se precisa ir falar com outra, alguma coisa urgente".</i> E4- <i>"Pode entrar pessoal, que me deu o banho, claro que hoje dá, amanhã não dá e ainda há outros que por exemplo vêm, podem conversar uns com os outros ou fazer uma pergunta mas quer dizer, pessoal que trabalha".</i>
Entrada e saída de visitas do quarto na hora do banho	
Exposição do corpo, enquanto necessidade	E6- <i>"Eles tiram o lençol para fora sem fralda... tiram fralda e tudo e lavam à vontade".</i> E7- <i>"É toda nua. É toda nua. Tiram o lençol, tiram tudo. (...) sentia-me melhor se tivesse um lençol a tapar mas elas têm que botar tudo pra baixo".</i>
Ausência de pedido de autorização para destapar ou despir	E10- <i>"Não pede autorização nenhuma.... É roupa pra fora, pronto".</i>

4- Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências das pessoas idosas

"As vivências trazem significados para os indivíduos. O ser humano age em relação às coisas (pessoas, objectos físicos, acções e situações) com base nos

significados que elas têm para ele; os significados, objectos sociais, surgem da interacção social que as pessoas estabelecem umas com as outras; os significados são manipulados e modificados por intermédio de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas que ela encontra. A cada nova situação o indivíduo definirá e redefinirá esses significados, por intermédio de um processo interpretativo, de acordo com o que ele atribui aquela situação” (Lenardt, 2007:738). A categoria *Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências das pessoas idosas* emergiu da identificação de quatro subcategorias: Como lidam os idosos com os procedimentos do banho; O sentimento de respeito; Apelo dos idosos à melhoria das condições logísticas e Instrumentos utilizados no banho: sua interpretação pelos idosos, tal como retratado no organograma abaixo:

Figura 10 – Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências das pessoas idosas



4.1- Como lidam os idosos com os procedimentos do banho

A mobilização das pessoas idosas é uma constante na prestação do banho no leito. Relativamente a este assunto há utentes que sentem que os enfermeiros:

E5- “Viram mas é com muito cuidado. Eles têm muito cuidado. (...) São muito jeitosos (...).

E, quando sentem o contrário, expressam-se:

E9- “(...) devagar que isto não é para partir!”.

Com opinião divergente apresentam-se dois utentes:

E1- “Sempre há aqueles que parece que tão a lavar um boi. Não se importam saber”.

E7- “Foi a 1ª vez que fui lavada na cama. Mas leva-se muito baldão”.

4.2- O sentimento de respeito

A profissão de enfermagem sempre se conotou pela aquisição de competências para cuidar a intimidade, o que torna os seus prestadores de cuidados aptos para serem verdadeiros cuidadores do corpo.

No acto de cuidar e no respeito pela intimidade da pessoa, enquanto fundamento e finalidade de todo o agir ético deve ser respeitado o preceituado no artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro³¹, o qual passamos a enunciar - atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

Segundo Harré, citado por Lazure (1994:131), “a necessidade humana mais profunda é a necessidade de respeito”, sendo que, “A relação, entre quem cuida e quem é cuidado, implica respeito. É o respeito que permite a quem cuida reconhecer a dignidade de cada pessoa doente, a qual continua presente mesmo quando a doença e o sofrimento aparentemente a ocultam” (Botelho, 2004:10). De facto, o respeito pelo outro, será talvez a premissa fundamental para que esta relação profissional, e necessariamente humana, resulte numa experiência gratificante para ambas as partes. O respeito surge então, como condição necessária no cuidar. “Se os cuidados são um acto humano intencional, então, o respeito pelas pessoas funcionará como o princípio subjacente a todas as trocas de cuidados” (Gaut, 1986, citado por Mckenna, 1994:33).

Evocar sentimentos de respeito à pessoa propicia antes de tudo o respeito à dignidade humana. É uma atitude fundamental nas relações com o idoso.

Ao doente custa-lhe expor o corpo, mas a vergonha que sente é diminuída e tolerada quando vê que é cuidado com um respeito redobrado nesses momentos. Sentir-se assim respeitado, ajuda-o a aceitar mais facilmente a situação de dependência.

Respeitar o outro promove laços de confiança entre aquele que presta cuidados e o que recebe estes cuidados. Assim, Phaneuf (2005) refere que respeitar o indivíduo é acreditar profundamente que ele é único e que por causa da sua unicidade, só ele possui o potencial específico para aprender a viver da forma mais satisfatória para ele. Mais acrescenta que respeitá-lo é acolhê-lo na sua diferença e mostrar uma consideração real

³¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). Código deontológico do enfermeiro. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/codigodeontologicoEnf.pdf>

pelo que ele é, isto é, pelas suas capacidades e a sua experiência de vida, ou por aquilo em que se tornou.

Atitudes de respeito à individualidade, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade podem minimizar o stress pela doença e internamento (Pupulim, 2002). Estas atitudes são verbalizadas por vários idosos do estudo:

E2- “os enfermeiros e o pessoal todo aqui respeitam-nos, não vejo assim, por exemplo, maldade.(...) Mas é assim: eu sou humano, sou uma pessoa e por isso não admitia uma coisa dessas. (...) Tal e qual como respeito uma auxiliar e o enfermeiro que me vem lavar, vejo-os com todo o respeito (...)”.

E4- “Respeito. Deus nos livre mesmo. O respeitinho! (risos) (...) Falta de respeito nunca. Mesmo não admitia (...)”.

Assim, os idosos entrevistados verbalizaram que estão cientes que, inerente ao banho no leito, está sempre o respeito pela sua dignidade.

4.3- Apelo dos idosos à melhoria das condições logísticas

De acordo com Veiga (1994) a insuficiência de recursos humanos, face ao grau de dependência dos doentes, é um problema indagável e confirmado em qualquer realidade.

Contudo, os participantes do nosso estudo, não fizeram referência à insuficiência de recursos humanos mas, sobretudo, à insuficiência de recursos materiais ou até mesmo à necessidade da sua melhoria como se pode constatar nos excertos que se seguem:

E2- “(...) por parte dos trabalhadores que cá estão nada mais poderia ser melhorado. O que podia ser melhorado talvez era através de obras, coisas assim do género”.

E2- “É uma dificuldade porque sou muito pesado e depois, quer dizer, se houvesse outro meio de mexer com as pessoas sem que fossem três, quatro pessoas aí para mudarem uma pessoa”.

Outra pessoa idosa dirige um apelo aos enfermeiros, destacando certos aspectos que poderão ser melhorados e tidos em atenção na prestação do banho no leito.

E6- “Por exemplo botar com muita força água quente pra cima.(...) Isso é uma coisa que não se devia fazer a um doente”.

Este mesmo participante refere que o toque do enfermeiro deve cumprir determinados passos, como o pedido de permissão acompanhado do falar e tocar. Pois caso contrário, poderá apanhar de surpresa o utente.

E6- “a maneira de tocar como eu tava-lhe a dizer é a maneira de chamar á atenção porque há pessoas, há pessoas que já não vêem muito bem e depois se forem de súbito ou apanhadas de surpresa pois pode ser mau”.

4.4- Instrumentos utilizados no banho: sua interpretação pelos idosos

Vários são os instrumentos utilizados pelos enfermeiros no fornecimento do banho no leito, entre eles, a bacia, o sabão, o(s) toalhete(s) e a tão indispensável água.

E2- “Aqui dão com uma baciazinha, uma esfregona e umas coisas assim do género”.

Relativamente ao toalhete há, por um lado, utentes que o preferem mais encharcado de água, enquanto outros mostram-se indiferentes a esta situação:

E6- “Eu então nunca senti aqui banho nenhum a seco. Tem sido sempre com uns paninhos molhados de água, pois não é carradas de água mas sempre se sente a água”.

E1- “Eu cá por mim é de qualquer maneira”.

Ainda há aqueles que referem o banho ser fornecido com pouca água, de forma rápida e não da forma como era fornecido na sua casa.

E12- “Aqui é... molham-me o pano, lavam-me a cara, vira para aqui, vira para acolá. A minha cabecinha não é como eu me lavo na minha casa. Na minha casinha eu lavava-me que consolava. Mas aqui molham-me com uma coisinha de água, já está! (...) Era mais gostoso com mais água. Em casa consola a tomar banho”.

Pelo discurso de um dos participantes do estudo percebe-se descontentamento pelo facto do enfermeiro não ter utilizado determinados utensílios que trouxera de casa para a prestação do banho.

E11- “eles esqueceram-se porque eu tenho ali no armário toalhas mas esqueceram-se de me trazer um paninho ou uma esponja que eu tenho para me lavar”.

Relativamente à temperatura da água as opiniões dividem-se entre quem prefere o banho fornecido com água mais quente e quem prefere água com temperatura mais amena.

E10- “A água. Não há-de ser fria, fria mas também só tonta não. Há-de ser bem quentinha”.

E2- “É média. (...) Eu nunca fui muito amante de me lavarem em água muito quente”.

5- Vivências de comunicação enfermeiro/pessoa idosa durante o banho

A comunicação é um instrumento básico na relação de ajuda possibilitando um relacionamento enfermeiro-utente mais eficaz, influenciando decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos cuidados profissionais do enfermeiro. Para tal, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. É através da comunicação, quer seja verbal ou não verbal, expressa pelo utente durante a prestação de cuidados que poderemos inferir acerca da influência das acções do enfermeiro na sua intimidade. Caso não seja estabelecida uma boa comunicação entre as duas partes, muito dificilmente o enfermeiro irá identificar os problemas por ele sentidos e descodificar o significado que ele atribui aos factos que lhe ocorrem.

O enfermeiro pode usar a comunicação para conseguir estabelecer um relacionamento efectivo com o utente, a fim de lhe oferecer apoio, conforto e informação, despertando o seu sentimento de confiança e auto estima, bem como ensinando modos mais adequados de comunicação.

Existem várias formas de comunicação que devem integrar a prestação do enfermeiro na relação de ajuda e para serem consolidadas, é necessário que este desenvolva determinadas competências que lhe vão possibilitar adquirir e descodificar as informações e mensagens que o utente pretende transmitir.

Daí, a importância da comunicação antes, durante e após os cuidados de higiene, a qual pode contribuir para o relaxamento do utente e facilitar uma interacção natural durante este procedimento. O estudo realizado por Augusto, Paixão, Barreto e Rodrigues (1998), concluiu que 25% dos enfermeiros não informa os cuidados que vai prestar, mas é de salientar que 58% dos mesmos procedem à referida informação. Durante a prestação de cuidados de higiene, constataram que 25% dos enfermeiros não explica os cuidados que vai prestar. No entanto, 17% aproveita todas as oportunidades para explicar o procedimento que vai efectuar. De salientar que 50% dá indicações ao doente de como colaborar nos cuidados.

Relativamente à necessidade de colaboração do doente, 42% dos enfermeiros dizem o que pretendem, embora mostrando pressa. 25% pede ao doente que colabore, explicando como e usando o vamos fazer. Referente à atitude do enfermeiro no final da prestação dos cuidados de higiene 33% indicam que o enfermeiro conversa mas não pergunta se está confortável. Na nossa opinião, talvez esta atitude se concentre na ideia

de que os cuidados de higiene são geralmente pouco valorizados pelos enfermeiros, que os acham pouco gratificantes, por vezes, sujos e repugnantes.

Não existem interacções passivas. Todos nós comunicamos, mesmo quando não falamos. O nosso corpo transmite e recebe sinais que codificamos e decodificamos de modo a que a interacção faça sentido.

5.1- O banho: validação das preferências do doente

Visto que cada pessoa é um ser único, com opiniões, emoções e sentimentos próprios, com os seus desejos pessoais e preferências, os quais implicam também os seus hábitos de higiene e conforto, o cuidado deve ser personalizado e orientado para as necessidades individuais de cada cliente, tendo em conta o envolvimento social e cultural que o caracterizam pois este poderá condicionar os cuidados por ser um ritual vivido de diferentes formas consoante a cultura em que estão inseridos. Downey e Lloyd (2008) partilham da mesma opinião referindo que, antes de aplicar um banho na cama, ou qualquer tipo de cuidado de higiene, o enfermeiro deve ter conhecimento das preferências do cliente. O enfermeiro não deve impor os seus padrões de limpeza/asseio ao cliente, ou assumir que eles são os mesmos do cliente. Augusto, Paixão, Barreto e Rodrigues (1998), constatarem no seu estudo que aquando da preparação do doente e material para a prestação dos cuidados de higiene, 58% dos enfermeiros não se preocupa em perguntar a preferência do doente, sendo que 17% dos enfermeiros pergunta mas não valoriza a resposta.

De realçar que dois entrevistados do nosso estudo referem que os enfermeiros comunicam-lhe o que vão fazer antes de iniciar a prestação do banho.

E3- “Agora vamos dar o banho, vamos lavá-lo assim, lavar assado. Conversar. (...) Dizem: quer-se lavar assim, quer-se lavar assado?”

Mais se acrescenta que dois dos entrevistados manifestam a sua preferência por enfermeiros mais comunicativos:

E6- “Falam sempre bem. (...) Há uns que falam mais. São mais falazões. Gosto mais...”

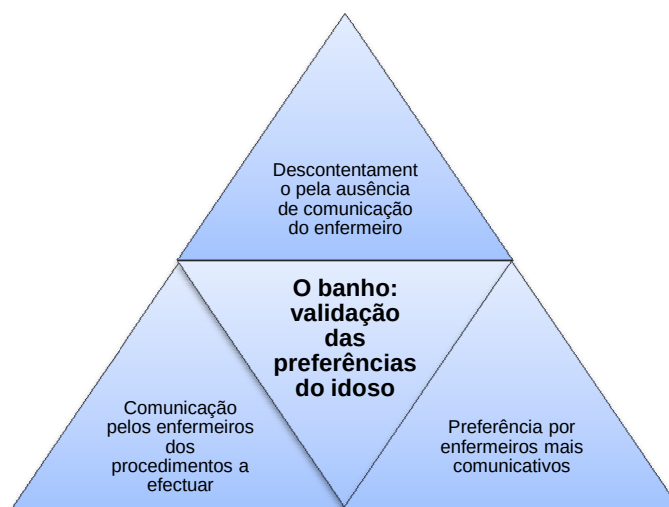
E9- “Gosto de todos. Mas lá vem um com quem a gente conversa mais (...).”

No discurso de outra pessoa idosa percebe-se descontentamento pelo facto dos enfermeiros não comunicarem o que lhe vão fazer:

E1- “há uns que chegam aqui e dizem que vem lavar a cara e há outros que vem aqui e que nem sequer dizem”.

A pirâmide seguinte apresenta de forma esquemática as unidades de registo desta subcategoria:

Figura 11 – O banho: validação das preferências do idoso



5.2- O banho: sentimentos negativos verbalizados pelos idosos

A prestação do banho no leito pelos enfermeiros gera, nos utentes, sentimentos frequentemente negativos que os mesmos silenciam, negam ou reprimem para se protegerem.

Um participante do estudo mostra-se indignado com a forma como é cuidado pelos enfermeiros no banho.

E9- “é como quem dá com uma pedra num cão. Vêm, fazem e não dizem nada. (...) parece que tem o rei na barriga”.

Infelizmente, segundo Mercadier (2004:227), “As higiènes, na medida do possível, são «delegadas» nas auxiliares. São, muitas vezes, feitas a duas: assim, enquanto falam uma com a outra, esquecem o indivíduo-sujeito para apenas se ocuparem da higiene de um indivíduo-objecto”.

E12- “Não falam comigo. É lá uns com os outros a falar nas suas vidas. Não é coisa que me interesse. (...) Eles estão a fazer o seu serviço. Quando acabam vão embora. (...) Eu da maneira que já sou velha, não me importo”.

Nesta linha de pensamento, Downey e Lloyd (2008) defendem que é importante que o enfermeiro se comprometa na comunicação com o utente, sendo que, a discussão de assuntos pessoais entre os enfermeiros e falar sobre os utentes deve ser evitado.

5.3- Vivências do humor durante o banho

Humor, do inglês *humour*, significa comportamento ou modo de agir que provoca alegria, agrado ou riso nas outras pessoas (dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001). José (2002:25) define-o enquanto “(...) linguagem, um modo de expressão que diz outras coisas para além daquilo que parece exprimir e que joga com as palavras, fazendo-as portadoras de mensagens que são assim mais facilmente entendidas do que pela linguagem «normal»”. Constitui uma forma de expressão que transporta mensagens verbais e não verbais, permitindo ao enfermeiro encontrar a pessoa para além das palavras, dos gestos, dos factos, sendo uma importante ferramenta de comunicação.

Dado que os enfermeiros estão em permanente contacto com pessoas doentes e em sofrimento, eles encontram-se numa posição privilegiada para expressar um comportamento que seja indicativo de uma atitude calorosa, não possessiva, de respeito, empatia e ajuda para com os doentes (Watson, 2002). Um dos caminhos utilizados para demonstrar estes comportamentos é o humor, pois através dele o enfermeiro pode “aliviar o ambiente instalado ao redor do doente e utilizá-lo para que este não se sinta coagido pela tecnologia” (José, 2002:15). A utilização do humor permite ao doente idoso relativizar as situações difíceis, valorizando os aspectos positivos e constitui-se uma importante componente da relação de ajuda que o enfermeiro estabelece com ele.

Robinson (1982) diz que o uso do humor por parte do enfermeiro pode ser uma forma de dar visibilidade à atenção que este dá ao utente, assim como o interesse pelos seus problemas, permitindo uma maior aproximação entre ambos e consequentemente o bem-estar do mesmo (*in* José, 2002).

Pelas palavras de dois doentes podemos inferir que a utilização do humor pelos enfermeiros aquando da prestação do banho no leito é considerada por alguns doentes idosos como um modo de descontração, relaxamento, encarando esta situação de forma mais “fácil”:

E4- “(...) a gente fica mais descontraídos, não é? Se não é uma desgraça (...)”.

E6- “riem e puxam por nós! É puxar no sentido de dizer umas graças (...) Por vezes torna (...) O banho mais fácil (...) Sempre há um enfermeiro ou outro que uma pessoa gosta mais por isto ou por aquilo ou (...) porque enfim ele faz (pausa) mais umas macaquices, não é! E uma pessoa por vezes gosta daquilo. E é assim. (...) Torna-se tudo mais agradável. Tudo mais fácil”.

Ao considerarmos o sorriso como uma intervenção humorosa, verificamos que este é contagiante e torna-se um estímulo para a alegria. Spit (1987) salienta a importância do sorriso como elemento de socialização, já que todos sentimos o impulso para criar e manter relações afectuosas com alguém, para dar e receber afecto (*in* José, 2002).

Como se constata pelos discursos o ambiente de humor e o riso dos enfermeiros funcionou como estratégia facilitadora do expor a nudez. “Brincar e verbalizar os sentimentos constrangedores permite gerir mais saudavelmente o desconforto (...) Brincar, é um recurso que acontece num ambiente de confiança construído no decurso da interacção” (Lopes, 2006:72).

O humor nos cuidados de enfermagem pode diminuir sentimentos de isolamento, tristeza e ansiedade como consequência da hospitalização, proporcionando-lhes bem-estar e tornando esta experiência menos traumática.

O humor, também foi usado como tática, na interacção com a pessoa idosa, servindo sobretudo para suavizar o ambiente geral na enfermaria. O facto do enfermeiro falar com humor retirava o embaraço. Sendo assim, um utente refere que, com a utilização do humor, a situação de embaraço instalada atenua-se e a relação enfermeiro-doente fortalece-se com laços de confiança.

E4- “é só com brincadeira que a coisa anda. (...) É entrar aqui na brincadeira. Começar a falar. Levar as coisas assim pró gozo e tal sempre. (...) levar na brincadeira a gente vai tomando confiança”.

Constata-se que após se ter estabelecido uma relação enfermeiro-doente, com diversas interacções humorosas, este último sente também abertura suficiente para iniciar uma situação humorosa com a enfermeira:

E9- “Há sempre uma que diz uma macaquice e eu digo outra atravessada também. (...) Há uns que puxam mais... mas eu também não me calo, levo sempre para a brincadeira e digo outra coisa às avessas e acaba tudo bem! (...)”.

Na literatura está patente a utilização do humor como forma de desviar o assunto em foco, funcionando como recurso seguro para o desenrolar da interacção, respeitando

o enfermeiro o pudor de modo disfarçado. Neste sentido, os enfermeiros mostram ao doente que não estão a olhar directamente para partes íntimas do seu corpo, dando à interacção um carácter mais inofensivo. No nosso estudo esta problemática não foi levantada pelos idosos.

6- Experiência de ser tocado pelo enfermeiro durante o banho

Ser segurado é sustento.

Ser tocado é contacto;

Ser tocado com sensibilidade é ser cuidado

Gunther (1968)

A categoria *Experiência de ser tocado pelo enfermeiro durante o banho* emergiu da identificação de duas subcategorias: sentimentos verbalizados sobre a utilização de luvas no banho e sentimentos verbalizados sobre a realização da massagem.

Desde a via maternal e depois ao longo do desenvolvimento do ser humano, o tacto permite a expressão de afectos, a vinculação, identidade e a intimidade, tornando-se num veículo imprescindível nas relações de afecto e interpessoais (Ferrão, 2005).

Simões (1998) refere que o toque para além de diminuir os sintomas relacionados com o stress e sintomas psicossomáticos, funciona também como forma terapêutica em situações relacionadas com sensação de isolamento, privação sensorial, a necessidade de estar ligado aos outros pelo toque, necessidade de intimidade, diminuição da auto-estima, medo da morte. É considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas apresentando como condicionantes: o momento, forma e local onde ocorre. Pode ser utilizado não só como forma de tratamento, mas também como meio de comunicação e integração, pois permite manejar, manipular, levantar, movimentar e também sentir, estimular, acalmar e massajar (Lopes, 1999).

Na realização dos cuidados, o enfermeiro toca inúmeras vezes no utente sem se aperceber da forma como esse toque é efectuado e qual o seu significado para o utente. Por sua vez, os doentes conseguem perceber sem palavras, só através da forma como são tocados, a grande compreensão, interesse e respeito que os enfermeiros nutrem por eles.

Assim, o toque, enquanto forma de comunicação não verbal deve ser utilizado racionalmente pelo facto de que cada doente reage de forma diferente a este, porque o ambiente sócio-cultural e familiar bem como as vivências passadas influenciam a utilização desta forma de contacto, bem como o significado que lhe é atribuído.

Através da sua utilização é possível a transmissão de atitudes e emoções. O tacto, pela carga emocional que poderá transmitir, permite a expressão de sentimentos como a calma, carinho, segurança, agressividade, pressa, raiva, amor, medo e o calor humano, sendo as mãos o “instrumento” utilizado para os expressar.

Segundo Veiga (1994) os enfermeiros trabalham em ambientes onde o corpo é visto com objectividade profissional, não havendo, portanto, áreas do corpo proibidas de serem tocadas. Moniz (2003), citando French (1985), alega que os enfermeiros têm “permissão automática” para tocar certas zonas que são socialmente proibidas de serem tocadas. Esta situação tanto pode ser perturbadora para quem cuida como para quem é cuidado, pois “As pessoas atribuem grande importância à preservação da sua intimidade. A intimidade encontra-se associada ao controlo e à autonomia das pessoas” (Moniz, 2003:117).

O banho no leito é um momento de proximidade entre o ser cuidado e o cuidador que implica o desnudamento do corpo da pessoa. Ao ser tocada, a pessoa pode sentir-se exposta, invadida no seu espaço pessoal.

Desinserir gestos tão simples como o tocar no utente, sorrir-lhe, olhar para ele, conversar, em prol de actos técnicos, é como separar a mente e espírito do corpo da pessoa.

6.1- Sentimentos verbalizados sobre a utilização de luvas no banho

Tocar uma pessoa obedece a determinadas exigências e, se estamos sobretudo, perante uma primeira abordagem, há determinados passos que devem ser cumpridos: Há que primeiro pedir permissão para entrar (fala). De seguida falar e tocar e por fim estabelecer a relação tocando e deixando-se tocar. Só neste momento é que há uma reciprocidade que vai além do contacto de pele com pele (Estabrooks, 1992).

O contacto pode ser efectuado pele com pele sem existir nenhum tipo de barreiras o que torna o toque mais pessoal e mais íntimo do que se tiver algum tipo de protecção

(luvas ou roupa) que impeça esse contacto. Cada uma destas situações pode desencadear diversas reacções na perspectiva do doente visto que o uso de protecções gera pensamentos e sensações de distância: “ele não me pode tocar...”, de protecção por causa “do meu corpo” ou “da minha doença”, ausência de limpeza corporal: “usa luvas para não se sujar”, enquanto que se o toque for efectuado com contacto directo há um sentimento de maior proximidade e de mais confiança.

Esta situação do toque pele com pele sem uso de luvas é negativamente sentida por um utente:

E4- “Olhe vou ser franco, se fosse com a mão não sei se admitia. Não sei...”.

O uso de luvas na higiene corporal, especialmente na higiene das zonas íntimas, parece-nos funcionar como uma barreira ao contacto físico, conduzindo à privação sensorial e tornando esta situação menos constrangedora. Neste sentido, os idosos do nosso estudo evidenciaram a sua preferência pela utilização de luvas pelos enfermeiros, referindo a questão da higiene, o evitar a propagação de doenças e a diminuição do pudor:

E1- “Eu acho que com a luva é melhor. É mais higiénico”.

E2- “Há pessoas que têm diversos tipos de doenças. Há doença que até é mesmo contagiosa e a luva é mais ou menos para protecção”.

E4- “O pudor é outro (com luvas)”.

Na opinião de Mercadier (2004:33), “As luvas fazem com que as mãos não sintam a viscosidade das peles, não fiquem com escamas agarradas nem adquiram o cheiro dos corpos que tratam”. Se é certo que as luvas devem ser usadas com o intuito de prevenir o contacto da pele das mãos com sangue, secreções ou mucosas, durante a prestação de cuidados e para manipular instrumentos e superfícies (Smeltzer & Bare, 2005), certo é também, que a sua utilização é sentida pelos utentes com aspereza, tal como salienta um idoso:

E6- “É um bocado mais asperito. Um pouco mais áspero. Mas nota-se que é alguma coisa que está ali a passar”.

Um idoso encara a utilização de luvas pelos enfermeiros com normalidade, não vendo nesta situação qualquer maldade ou repúdio pelo seu corpo doente e desnudado. O discurso a seguir confirma esta interpretação:

E2- “Normalidade. (...) Não tem maldade nenhuma ser com luvas. (...) É como se me estivesse lavando. É a mesma coisa”.

Se utentes há que referem visualizar os enfermeiros a utilizar luvas:

E8- “(...)eu vejo-as muitas vezes com luvas”.

Outros há que contrariam esta afirmação:

E11- “(...) Eu cá vejo-as é sempre sem luvas. Quando a pessoas me vem lavar é sempre sem luvas”.

Por outro lado há quem manifeste indiferença pelo toque durante o banho no leito, pelos enfermeiros ser efectuado com ou sem luvas:

E7- “Pois ser com luvas ou com as mãos dá tudo da mesma maneira”.

6.2- Sentimentos verbalizados sobre a realização da massagem

Etimologicamente massagem deriva do grego *massaein* (amassar); do árabe *mass* (palpar, tocar) ou do hebraico *machech* (tactear), sendo que a base da massagem é o tacto.

Três utentes verbalizaram a sensação de relaxamento e bem-estar que a massagem pelos enfermeiros lhes proporciona:

E3- “Acho que é bom. Às vezes sinto o corpo a modos mais leve (...)”.

A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é evocada por um participante do estudo como impedimento para massajar todos os utentes da enfermaria:

E2- “(...) são muitos os doentes e se massajarem todos os doentes não sei se há meia-noite acabavam. Não digo que não há algum que não precise ser massajado porque isso tem, mas...”.

Os clientes também destacaram a importância deste cuidado, salientando a sensação de conforto e bem-estar proporcionada pela massagem. Alguns relacionaram o cuidado com a manutenção de uma boa aparência, o que pode ser observado no seguinte excerto:

E12- “Gosto porque fico a cheirar. Fico a cheirar que consola”.

7- Sentimentos da pessoa idosa face ao enfermeiro durante o banho

Os enfermeiros são os agentes privilegiados para concretizar a lógica do cuidar, por passarem mais tempo com as pessoas e por o conteúdo das acções contribuir para o bem-estar destas (Hesbeen, 2000).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros “o exercício profissional do cuidar em enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”³². Pressupõe então, uma relação transpessoal, na qual ocorre uma união espiritual entre duas pessoas, tendo por base a consideração pelo todo da pessoa e pelo seu bem-estar no mundo. Esta interacção leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo reconhecer as diferenças, e assim prestar cuidados de enfermagem de forma individualizada. Sendo assim, Watson (2002:11) refere que o cuidar tem início quando o enfermeiro entra no espaço de vida de outra pessoa, sente-o como um ser dotado de espírito e alma, colocando-o com abertura para expressar sentimentos e pensamentos. O enfermeiro partilha a experiência (campo fenomenológico) de um e o outro partilha a experiência do enfermeiro, quer, através de movimentos, quer pelo toque, sons, palavras, cores e formas. Esta dinâmica permite a criação de uma relação de ajuda entre o enfermeiro e o doente e torna-se de importância extrema pois promove e aceita a expressão de sentimentos positivos como negativos. Envolve a coerência, a empatia, um calor-humano não possessivo e uma comunicação eficaz. Assim, a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interacção (Watson, 2002).

O banho no leito fornecido pelo enfermeiro(a) num “(...) ambiente desconhecido, frequentemente considerado como clínico, impessoal e frio” (Corney, 2000 citado por Serra, 2005:52) desencadeia uma gama de sentimentos.

No que diz respeito aos sentimentos positivos, Slepj (1998) considera, entre outros, a **amizade**, sentimento complexo, no qual se entrelaçam diversas emoções entre duas ou mais pessoas, nascendo da comunhão de interesses, de projectos e experiências e alimenta-se desde o confronto de opiniões, emoções, até à comunicação

³² Enquadramento conceptual- Ordem dos enfermeiros

de acontecimentos pessoais, implicando de certa forma a aceitação e a compreensão do outro, na sua realidade.

No nosso estudo, relativamente à temática em curso, três utentes, referiram nutrir um sentimento de amizade face ao enfermeiro que lhes fornece o banho.

E4- *“A gente já está aqui há tanto tempo que as amizades aparecem sem a gente dar por ela. (...) É uma amizade. Quer dizer, uma confiança”.*

Ao cuidar o indivíduo estabelece-se uma interacção e cria-se um espaço comum que é partilhado por ambos, produzindo uma aproximação e uma cumplicidade mútua. Esta dinâmica torna-se preponderante na prestação de cuidados ao íntimo do doente na medida em que gera mais confiança que lhe possibilita uma maior abertura e um contacto mais próximo do enfermeiro.

Contudo um dos participantes referiu não nutrir qualquer relação de amizade com o enfermeiro:

E6- *“Não temos amizade nenhuma”.*

PARTE IV – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

1- CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Na actualidade, verifica-se que cada vez mais os idosos internados requerem um grande número de cuidados universais, de manutenção da vida porque a doença ou a maior fragilidade associadas com a maior idade os impedem de serem autónomos. Neste sentido as pessoas idosas hospitalizadas referem sentir-se dependentes de tudo e de todos no que se refere à satisfação do banho. Denota-se em expressões como *“É sempre doloroso para um homem da minha idade não conseguir tomar o banho sozinho”*, *“(...) se pudesse mas não posso”*, *“as lágrimas a correr pela cara abaixo”*, *“(...) sinto-me mal. (...) sinto-me desimportado”*, uma profunda tristeza e dor que normalmente culmina em crises de choro e desinteresse por si e pela vida.

No processo de ambientação ao meio hospitalar a experiência de cada indivíduo é (re)vivida à luz das experiências de vida anteriores e de internamento, as quais concorrem para que a invasão do espaço corporal da pessoa idosa seja vivida de forma singular durante a prestação do banho no leito. Estas experiências podem reaparecer, trazendo lembranças positivas ou negativas e muitas vezes, são comparadas com o momento que está a ser vivido.

Central a este estudo e como resultado a reter, embora com diferentes pontos de vista dos entrevistados, é o modo como as pessoas idosas vivenciam o banho no leito prestado quer por enfermeiros(as) do mesmo sexo, quer por enfermeiros(as) de sexo oposto ao seu, sendo que a grande maioria dos idosos não está preparado para a proximidade e contacto físico que o banho no leito implica e esboçam reacção face a essa mesma situação.

Verificam-se situações em que o fornecimento do banho por um enfermeiro é encarado por uma idosa como um atentado ao seu pudor chegando até mesmo a ser por ela negado: *“enfermeiros eu não quero. (...) Um homem então não. (...) Se visse um homem ao pé de mim eu gritava, gritava”*. Também utentes homens mostram-se incomodados pelo banho ser fornecido por um profissional de sexo oposto: *“Também me sinto embaraçado, não me sinto à vontade (...)”*, *“Quando é mulher é triste.(...) Pois, a gente sentir-se bem nunca se sente bem (...) Piora um pouco (...)”*.

Os excertos acima referenciados, despertam algumas questões como: porquê não dar a possibilidade ao utente de escolher o género do enfermeiro que irá cuidar de si?

Não será esta uma solução plausível para o utente lidar de forma positiva com alguns dos seus pudores? Será que estes serviços, palco do nosso estudo, alguma vez se questionaram sobre este assunto? Que soluções/alternativas seriam apontadas neste caso pelos profissionais/serviço?

Sendo assim, em função da natureza dos saberes adquiridos em contexto de internamento hospitalar e das experiências pessoais, deveria ser proporcionado ao indivíduo a opção de enveredar por um caminho alternativo, com vista à manutenção da sua intimidade.

De facto, a chegada a um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, numa situação de vulnerabilidade física e psicológica, pelo processo de doença instaurado, aliada à invasão permanente e por vezes brusca do seu corpo e da sua intimidade, transforma-se fácil e quase inevitavelmente numa situação de sofrimento e numa aceitação acrítica das condições que lhe são oferecidas ou entenda-se impostas? O “tem de ser”, “a gente tem de aceitar aquilo que nos dão”, são expressões proferidas pelos idosos e muito visíveis da posição de conformismo, horizontalidade e da submissão que adoptam apesar do desconforto sentido no seu íntimo.

No internamento hospitalar o indivíduo vive momentos de grande intimidade no meio do maior anonimato e a necessidade de expor o seu corpo parcial ou totalmente perante estranhos despoleta no seu íntimo uma gama de sentimentos tais como, vergonha, aceitação (conformismo), tristeza, apudor, indiferença, aniquilação de si, inevitabilidade e influencia o modo como o banho é vivenciado pelo mesmo. Esta situação de conformismo poderá dever-se ao facto de, na percepção da pessoa idosa internada, apesar de não se sentir confortável ou satisfeita, aceitar subordinar o seu corpo, sem questionar, à manipulação e ao olhar de estranhos porque entende ser necessário para a sua própria cura ou por receio de ser mal interpretada pelos profissionais e consequentemente sofrer represálias?

Para muitas pessoas idosas o internamento hospitalar significa expor, pela primeira vez, o seu corpo nu perante pessoas estranhas. Neste sentido, o respeito pelo pudor das pessoas idosas deve ser tido sempre em consideração, devendo o enfermeiro ter presente que muitos idosos durante todo o seu percurso de vida somente expuseram a sua nudez perante o seu cônjuge. Por isso, o envolvimento da família e pessoas próximas na prestação do banho ao idoso, é um factor acrescido para a protecção da sua privacidade e transparece como desejado no sentido em que a vergonha sentida parece diminuir.

Deste modo, é natural que os utentes procurem preservar a sua intimidade e individualidade, manifestando-se verbalmente, gestualmente ou por expressão facial. O corar, o choro, o fechar os olhos com vergonha, o virar a cara para o lado e o silenciar o seu desconforto destacam-se como as manifestações mais visíveis da pessoa idosa.

No internamento hospitalar ocorre uma permanente invasão à privacidade da pessoa pelos profissionais de saúde ao serem realizados procedimentos íntimos. Na opinião dos idosos a sua privacidade e individualidade são respeitadas e resguardadas com gestos como: o manter a porta do quarto fechada aquando do fornecimento do banho no leito, quando no quarto estão apenas as pessoas necessárias à prestação do banho e é impedida a entrada de desconhecidos, quando são comunicadas todas as intervenções a efectuar, quando é pedida permissão para iniciar o banho e para tocar, bem como quando é questionado acerca do seu conhecimento sobre os aspectos que lhe estão inerentes. Também, a utilização de toalhas ou lençóis para cobrir o corpo nu e o puxar a cortina antes do fornecimento do banho são modos de protecção da privacidade da pessoa idosa.

O desrespeito e incumprimento dos gestos acima referidos, bem como, a entrada e saída de enfermeiros que não os que lhe estão a fornecer o banho, a entrada determinadas visitas no quarto na hora do banho, para verem os seus familiares e depararem-se com a sua nudez, a exposição desnecessária do seu corpo, contudo entendida como uma necessidade e o facto dos enfermeiros não pedirem autorização para destapar ou despir o seu corpo são sentidas com descontentamento. Apesar dos idosos manifestarem descontentamento com estas atitudes de agressão à sua privacidade, quando questionados acerca de o que achavam que poderia ser mudado, a maior parte dos doentes entrevistados exterioriza uma postura de passividade, argumentando que não alterariam nada.

Perante esta problemática, os enfermeiros assumem um papel preponderante no suporte psico-socio-emocional, no sentido de criar condições dentro do meio hospitalar que permitam ao doente idoso internado não se sentir tão ameaçado na sua intimidade. Se respeitarem a autonomia, individualidade e privacidade da pessoa, esta sentir-se-á menos ameaçada e ansiosa, o que facilitará a sua recuperação e tornará a sua situação de internamento menos traumatizante. É, pois, fundamental, que o enfermeiro respeite a privacidade da pessoa como parte integrante dos direitos da mesma, admitindo que cada indivíduo é um ser único e possuidor de uma totalidade de experiências pessoais que constituem o seu modelo de referências.

Respeito, cuidado e atenção conjugam-se nos discursos dos idosos como três atitudes valorizadas no cuidar a sua intimidade. Estas atitudes, promovem laços de confiança entre quem presta cuidados e quem os recebe, diminui ou atenua a vergonha que sentem e ajuda-os a aceitar mais facilmente a situação de dependência.

Os doentes são, teoricamente/no plano discursivo, o cerne da produção de cuidados de saúde, contudo durante o banho ficam muitas vezes relegados para um plano secundário quando os enfermeiros falam entre si ou com auxiliares, parecendo esquecer a pessoa que está desnudada mesmo à sua frente: *“Não falam comigo. É lá uns com os outros a falar nas suas vidas. (...) Quando acabam vão embora”*. Consequentemente muitos são os autores que propõem orientações a adoptar no cuidar de pessoas dependentes para algumas actividades básicas de vida diária, nomeadamente ao nível da dependência para a higiene tais como: na prestação do banho no leito deve-se solicitar e possibilitar a participação da pessoa nos cuidados, ou seja, fazer pela pessoa aquilo que ela não pode fazer por si mesma: ajudar quando, parcialmente, impossibilitada de se auto-cuidar, orientar, ensinar, supervisionar, e encaminhar (Adam, 1994) e respeitar os hábitos e preferências, com o intuito de manter a dignidade da pessoa.

No que diz respeito às preferências das pessoas idosas denota-se que dão importância ao facto de serem utilizados os instrumentos que trazem de casa na prestação do banho. Mais se acrescenta que os entrevistados manifestam a sua preferência por enfermeiros mais comunicativos, mostrando descontentamento pelo facto dos enfermeiros não comunicarem o que lhe vão fazer. Na mesma linha de ideias, a utilização do humor pelos enfermeiros aquando da prestação do banho no leito é considerada como um modo de desconstracção, relaxamento, encarando o idoso esta situação de forma mais “fácil”. O facto do enfermeiro utilizar o humor atenua o embaraço instalado e a relação enfermeiro-doente fortalece-se com laços de confiança. De realçar que após se ter estabelecido uma relação enfermeiro-doente, com diversas interacções humorosas, este último sente abertura suficiente para iniciar uma situação humorosa com o enfermeiro. Pois, a pessoa idosa entende que a relação de confiança enfermeiro-utente não aparece no primeiro contacto do doente com o enfermeiro mas é um processo de construção que se vai consolidando com o passar do tempo e que normalmente culmina com sentimentos de amizade para com o enfermeiro. Da mesma forma, denota-se preferência da pessoa idosa para o autocuidado na limpeza de determinadas áreas do corpo que são capazes de atingir, assim como das zonas íntimas e o desconforto instaurado, pela limpeza desta parte ser efectuada pelos enfermeiros.

Quando são os próprios utentes a lavar e quando o enfermeiro lhes dá oportunidade de colaborar denota-se que o acto de lavar é vivido de forma mais descontraída.

Neste sentido, a equipe de enfermagem deverá procurar proporcionar, estimular e favorecer o autocuidado referente à higiene corporal. Pois “a participação do doente idoso nos cuidados de enfermagem assume a dimensão de participante activo na construção do seu processo de cuidados, co-constituindo um conhecimento fundamental. O conhecimento e participação dos idosos nos cuidados estruturam não só a actuação do enfermeiro, como reorienta a sua actividade na equipa e reelabora o processo de cuidados que, ao longo dos tempos foi construindo” (Costa, 2006:177).

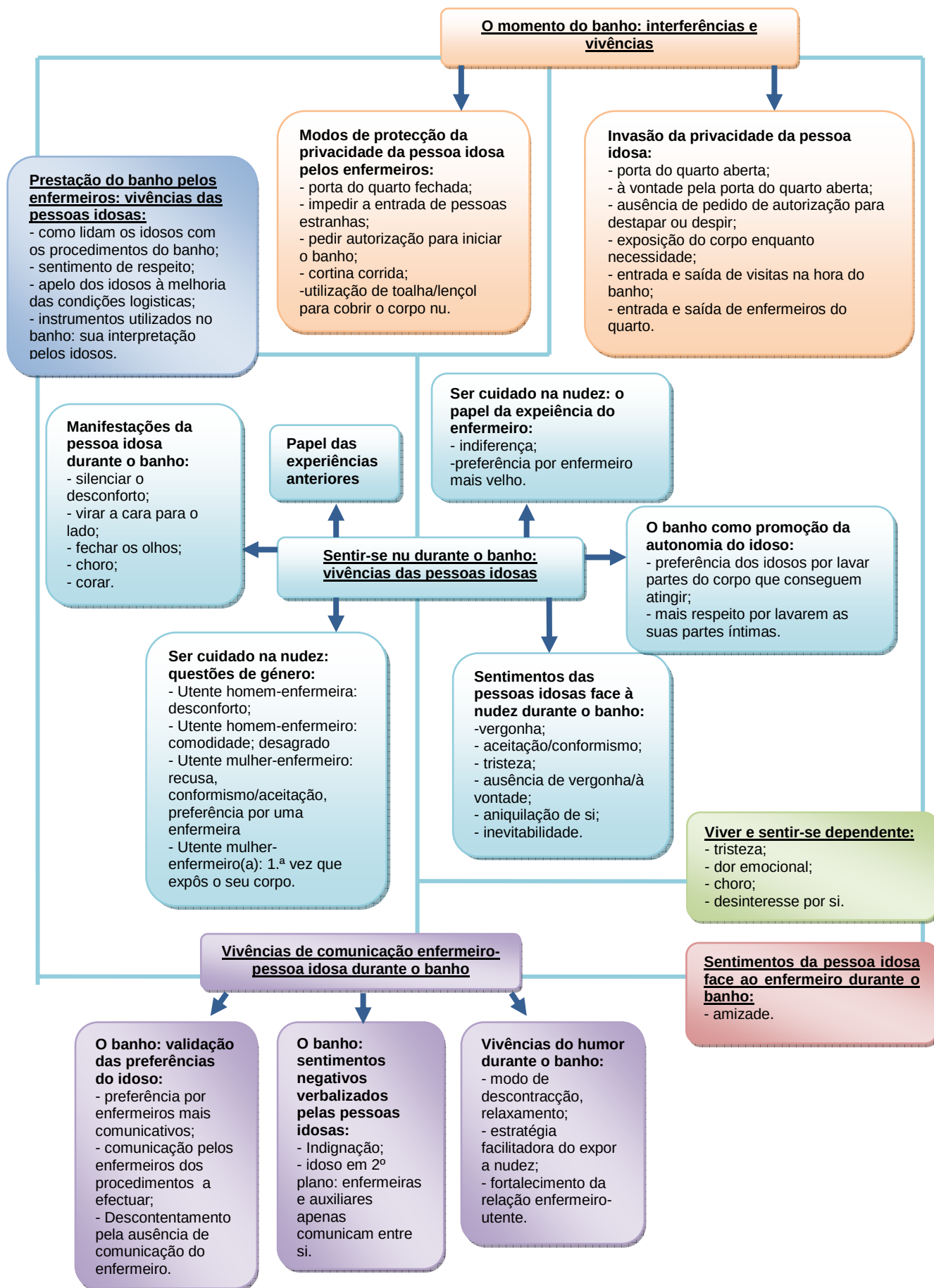
Durante a prestação de cuidados de higiene, o contacto físico entre os profissionais e o cliente torna-se íntimo, por envolver a exposição, o olhar, o toque e o manuseio do corpo, caracterizando-se a invasão da intimidade. Alguns idosos homens entendem com desagrado a prestação do banho e o toque no seu corpo nu por um enfermeiro, referindo que o contacto próximo pele com pele, o toque e o olhar abrem caminho à emoção, o que pode originar relações demasiado estreitas. O toque com mãos enluvadas é entendido como modo de evitar a propagação de doenças, por questões de higiene e diminuição do pudor, ou seja, a utilização de luvas não é sentida com qualquer repúdio pelo seu corpo doente e desnudado. Já, o toque pele com pele, sem uso de luvas, é negativamente sentido por alguns idosos.

Quando questionados sobre a forma como se sentem olhados pelos enfermeiros respondem da seguinte forma: “eles nem reparam (...)”, ou seja, olham, mas não vêm, quer dizer que, o enfermeiro olha e cuida do corpo doente, contudo, não consegue elevar o seu olhar ao nível do encontro da pessoa que tem diante de si;

Será importante aprender a (re)aprender, pensando e (re)pensando a prática, introduzindo a mudança que vise uma prestação de cuidados verdadeiramente humanizada, cujo centro das atenções seja a pessoa doente.

O diagrama, que a seguir se apresenta, traçado a partir da leitura global de dados anteriores, esquematiza e permite uma visão mais global das vivências das pessoas idosas face à nudez no banho em contexto de internamento hospitalar.

Figura 12 – O banho no leito em contexto de internamento hospitalar. Vivências de pessoas idosas



No quotidiano profissional os enfermeiros deverão questionar-se acerca do que fazem, porque o fazem e em que medida têm consciência daquilo que pode ser considerado perturbador para o outro. Neste sentido, como actores principais e sociais envolvidos nesse trabalho, cabe-nos, após este caminho percorrido, traçar algumas sugestões ou lançar apenas algumas pistas sobre o que pode ser mudado na forma como é cuidada a pessoa idosa, na prestação do banho no leito por enfermeiros.

As **sugestões** por nós levantadas concentram-se nas seguintes áreas do domínio da enfermagem: formação, prática e investigação.

Neste sentido relativamente à **formação** salientamos a necessidade de, na formação pré e pós-graduada investir-se na promoção de discussões sobre a nudez do utente, assim como dos inúmeros aspectos relacionados com a exposição e a invasão da intimidade durante a prática de cuidados de enfermagem. Neste sentido levantamos as seguintes questões: como são hoje abordados estes temas em sala de aula? Não será primordial a adopção, nos cursos de enfermagem, de disciplinas que habilitem as pessoas para a reflexão e valorização do corpo nas relações interpessoais e na prestação de cuidados?

A criação por parte das instituições ou serviços de momentos/espacos de reflexão dos profissionais sobre as suas práticas, os sentimentos vividos, as dificuldades encontradas no cuidar o corpo do outro, seria uma mais valia pois se a pessoa que cuida, perceber o outro como corpo holístico, as rotinas deixam de ter sentido e o enfermeiro adoptará uma atitude, baseada no respeito pela privacidade.

Na **prática** da prestação de cuidados de enfermagem, talvez pelo ambiente de rotinas que se vive no âmbito hospitalar, são vários os aspectos que são desconsiderados ou esquecidos pelos enfermeiros e que achamos pertinente relevar:

- olhar não apenas para a doença que afecta o corpo físico e para o órgão doente mas sobretudo para o “vivido” do doente;
- avaliar as capacidades e limitações da pessoa idosa, ou seja, saber o que ela é capaz de fazer e o que fazia até ao momento do internamento na tentativa de manter as suas actividades e contribuir para manter a sua autonomia. Desta forma pode-se evitar que a pessoa idosa seja substituída naquilo que ela é capaz de fazer ou pedir-lhe que faça coisas além da sua capacidade, o que poderia ser motivo para aumentar o stress e incapacidade funcional. Esta avaliação deverá

ser ajustada/adequada à situação de cada pessoa e ser centrada na autonomia e não na dependência;

- envolver os familiares/pessoas próximas do utente na prestação do banho no leito. Levantamos assim as seguintes questões: Integrar estes elementos na prestação de cuidados não será uma forma de diminuir o sentimento de invasão da intimidade do utente? Quem é afinal o cuidador mais estranho ao utente: o familiar/pessoas próximas ou o enfermeiro?
- investir na melhoria do ambiente terapêutico, bem como na estética do ambiente, tornando-o um espaço mais acolhedor e mais humano.
- horário do banho: a rotina hospitalar difere da rotina que a pessoa idosa mantinha em casa, o que pode tornar-se fonte de desorientação e confusão. Na realidade, as rotinas ditam quando tomar banho... Os tempos dos utentes são determinados em função das rotinas do ambiente hospitalar. Estarão os enfermeiros receptivos a respeitar as rotinas dos utentes?
- preferências da pessoa idosa: cada pessoa é um ser único, com opiniões, emoções e sentimentos próprios, com os seus desejos pessoais e preferências. Por isso, o cuidado deve ser personalizado e orientado para as necessidades individuais de cada utente, tendo em conta o envolvimento social e cultural que o caracterizam.
- investir na protecção da privacidade do utente: em contexto hospitalar o corpo do utente é constantemente invadido. Terão os enfermeiros noção do que poderá causar vergonha ou embaraço no utente? Que estratégias utilizam os enfermeiros para proteger a intimidade do utente? Será que respeitando a pessoa, quando esta se encontra nua o pudor desaparece? Será que todos os sinais de pudor são visíveis? E o pudor será real ou simulado?
- participação do doente nos cuidados: a literatura profissional e as políticas de cuidados preconizam a participação do doente nos seus cuidados, contudo, verifica-se uma importante divergência entre o discurso e a realidade.

Na medida em que a **investigação** em enfermagem (...) é a forma de evoluirmos para uma efectiva construção da disciplina, através da identificação de saberes

específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência”³³ os enfermeiros devem contribuir para o progresso da prática de enfermagem valorizando a investigação como contributo para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...) (ibidem).

A cultura de cada povo e de cada grupo profissional influencia a forma de ser, de estar no hospital e de viver a sua própria intimidade, o que associado ao sistema de organização e de prestação de cuidados, pode interferir nos resultados em termos de saúde. Continuar a investir na problemática em estudo com trabalhos de pesquisa subsequentes, nomeadamente em diferentes contextos de estudo de modo a olhar com diferentes lupas uma mesma realidade, parece-nos um campo que vale a pena continuar a explorar.

³³ Consultado a 27 de Julho de 2007. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosicao2604.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A Dictionary of Psychology. (2001). *Locked-in syndrome*. Recuperado em 25 Outubro, 2007, de: <http://www.encyclopedia.com/doc/1O87-lockedinsyndrome.html>;
- ADAM, Evelyn. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: instituto Piaget. 267 pp.; ISBN-10: 9729295867;
- AGICH, George J. (2008). *Dependência e autonomia na velhice. Um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. S. Paulo: edições Loyola. 362 pp.;
- ALMEIDA, Manuel Jorge Freitas. (1997, julho). *Reflexão sobre o pudor*. Revista enfermagem oncológica n.º 3, pp. 62-66;
- ALMEIDA, Maria de Lurdes Ferreira. (1999). *Cuidar o idoso: revelações da prática de enfermagem* In: O Idoso: Problemas e Realidades. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-70-7. p. 63-92;
- ALMEIDA, S. T. (2004, janeiro/junho). *Modificações da percepção corporal e do processo de envelhecimento no indivíduo idoso pertencente ao grupo Reviver*. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Recuperado em 20 Setembro, 2007, de <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewPDFInterstitial/48/40>;
- ANDRIEU, B. (2004). *A nova filosofia do corpo*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-972-771-698-2;
- ANTAS, A.; MENDES, R.; MENDONÇA, S.; FRANCO, T.; & MARRUCHO, A. (2007). *O que pensa, sente e vive quem está do outro lado dos cuidados: as vivências da pessoa idosa na hospitalização..* In: CAMARRO, Isidora et al (2007). *Aprendendo o cuidado de enfermagem entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. p. 403-424;
- ARRUDA, Ivan Eduardo de Abreu. (2007, julho/dezembro). *Reflexões sobre o idoso e o programa Universidade da Terceira Idade*. RBCEH, Passo Fundo, vol. 4, n.º 2, p. 94-113. Recuperado em 20 Setembro, 2007, de: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/134/106>;
- ASID, J. M. & RENEGAR, C. (2003, outubro). *Bathing as a wellness experience. Bathing area design features enhance independence and feelings of well-being*; Nursing Homes Long Term Care Management, 52 (10); p. 108-111; Recuperado em 20 Setembro, 2007, de: <http://www.ltltmagazine.com/ME2/dirmod.asp?sid=&nm=&type=Publishing&mod=Publicati>

[ons%3A%3AArticle&mid=8F3A7027421841978F18BE895F87F791&tier=4&id=7C61A7E8FE0A4564B5464BB094D01049;](https://doi.org/10.1016/j.ijn.2004.07.001)

- AUGUSTO, Berta; RODRIGUES, Cláudia; SIMÕES, João; AMARO, Rogério & ALMEIDA, Zélia. (2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra: Formasau, 175 pp.;
- AUGUSTO, B. M. J.; PAIXÃO, A. M. P. V.; BARRETO, J. M. R. & RODRIGUES, C. M. A. (1998). *A comunicação enfermeiro/doente acamado durante os cuidados de higiene*. Revista informar, n.º 12. pp. 32-38;
- AZEVEDO, R. C. S. & RAMOS, F. R. S. (2006). *Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 15 (Esp): 55-63. Recuperado em 20 de Junho de 2008 de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea06.pdf>;
- BARBOSA, António. (1985). *O clínico geral, a sabedoria popular e a educação para a Saúde*. Revista Portuguesa de Clínica geral, n.º 8, pp. 19-23;
- BARBOSA, Edilene; RIBEIRO, Ir. Eliane & CARDOSO, Rosemary. (2002). *Opinião do indivíduo adulto institucionalizado sobre banho no leito seco e banho de rotina*. Relatório final apresentado como parte das exigências da disciplina Trabalho de Graduação à banca Avaliadora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba. S. Paulo: S. José dos Campos. 22 pp. Recuperado em 25 de Julho de 2007 de: <http://www.univap.br/biblioteca/enfermagem/tgs/opinião.pdf>;
- BARDIN, Laurence. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 288 pp. ISBN 9789724415062;
- BASTO, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros. 203 pp.; ISBN: 972-51-0768;
- BAUBY, J., D. (2007). *O escafandro e a borboleta*. Carnaxide: Editora livros do Brasil. Colecção dois mundos. 139 pp.;
- BENNER, Patrícia. (2005). *De iniciado a perito*. (Colecção Enfermagem, 2ª edição). Coimbra: Quarteto editora. 262 pp.;
- BENNER, Patrícia & WRUBEL, Judith. (1989). *The primacy of caring: stress and illness*. NewYork;
- BENTO, Maria Conceição. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, que Identidade*. Lisboa: Fim de século, 144 pp.;
- BERGER, L., & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7;
- BIRREL, J. (s/d). *Promoting privacy and dignity for older patients in hospital*. [ProQuest Nursing & Allied Health Source]; Recuperado em 20 Setembro, 2007, de <http://proquest.umi.com/nosession/pgdlink?Ver=1&Exp=11.01-2006&FMT=TG&DID>;

- BITTI, Pio Ricci & ZANI, Bruna. (1997). *A comunicação como processo social*. (2ª Edição). Lisboa: Editorial Estampa; ISBN 9723312360;
- BLOCK, Dorothy. (1982). *L'intimité*. In: CARLSON, Carolyn; NELL, Betty. *Les comportements humains: concepts et applications aux soins infirmiers*. Peditons du Centurion;
- BOGDAN, Robert & BIKLEN, Sari. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. 334 pp.;
- BOLANDER, Verolyn Era. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5;
- BOLOGNE, J.C. (1986). *História do pudor*. Lisboa: editorial Teorema. 443 pp. ISBN 972-695-106-2;
- BOTELHO, M. A. Rebelo. (2004). *A pessoa e os cuidados de saúde, compreensão ética e sentido fenomenológico*. Revista enfermagem, nº 35/36. pp. 8-12;
- BRUGES, M. L. (2002, abril). *A pessoa e a experiência do corpo doente*. Revista Enfermagem oncológica, n.º 22. Ano 6. ISSN 0873-5689; p. 26-29;
- BUÓGO, M. & COGO, A. L. P. (2002, julho). *Desvelando significados do primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de enfermagem*. Revista gaúcha enfermagem, Porto Alegre, vol. 23, nº 2, p. 51-67. Recuperado em 20 Janeiro 2008, de: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4447/2373>;
- CABETE, Dulce Gaspar. (2005). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência. 175 pp.; ISBN 978-972-8383-89-3;
- CARAPINHEIRO, Graça. (1993). *Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento; 295 pp.; ISBN 972-36-0306-3;
- CARPENTER, Dona & STREUBERT, Helen. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avanço e imperativo humanista*. Loures: Lusociência. 383 pp.;
- CARRILHO, Maria José & GONÇALVES, Cristina. (2004). *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 1991 e 2001*. Revista de estudos demográficos n.º 36; p. 175-191. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística: Recuperado em 20 Janeiro 2008, de: <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>;
- CARVALHAIS, Maribel, SOUSA Liiana. (2007, setembro-dezembro). *Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar*. Revista Electrónica de Enfermagem. (9(3): p. 596-616). Recuperado em 11 Dezembro 2007, de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>;

- CASTRO, Cidália; VAZ, Célia; CATITA, Paula & CORDEIRO, Teresa. (2002). *Saber escutar para saber cuidar*. Revista Nursing, nº 162, Ano 14. p p. 20-23;
- CAVACO, A. L. (2000). *Olhar e ouvir o corpo*. Revista Pensar enfermagem, nº 1. pp. 41-42;
- CHAGAS, Marco A. B. A. (2007, maio). *O pudor*. Jus Navigandi, Teresina (ano 1, nº12). Recuperado em 11 Dezembro 2007, de: <http://jus2uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1959>;
- CIBANAL, L. (1991). *Interrelación del Profesional de enfermería com el paciente*, Barcelona, Ediciones Doyma;
- COELHO, Maria Teresa Vieira. (2000). *Humanização dos cuidados ao doente hospitalizado*. Revista Servir n.º 4. Vol. 48, pp. 172-177;
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385 pp. ISBN 972-95420-0-7;
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência. (2ª Edição). 440 pp.; IBSN: 972-8383-53-3;
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA [CNECV]. *Reflexão ética sobre a dignidade humana*. Recuperado em 11 Dezembro 2007, de: www.apbioetica.org;
- CORDEIRO, M. P. A. A. (1999). *Avaliação da saúde em gerontologia*. In: O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-70-7. p. 53-61;
- CORNEY, Roslyn. (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi. 198 pp. ISBN 972-95908-2-6;
- CORREIA, A., et al. (s/d). *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. (Volume XXXVI). Lisboa: Editorial Enciclopédia Limitada;
- COSTA, Maria Arminda. (1995). *Investigação em enfermagem*. Lisboa: Gragilarte. 287 pp.; ISSN 0871/2370;
- COSTA, Maria Arminda. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições. 159 pp.;
- COSTA, M. A. M. (1999). *Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros* In: O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-70-7. p. 7-22;
- COSTA, Maria Arminda. (2006). *Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. (2ª edição). Coimbra: Formasau. 301 pp. ISBN 972-8485-24-7;
- COUTINHO, E. & FERREIRA, M. (2002, janeiro). *O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda*. Revista Sinais Vitais, n.º 40, p. 42-44;

- CRESWELL, John (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. London: Houston Oaks: Sage;
- CUESTA, Cármen de la. (1997). *Investigación cualitativa en el campo de la salud*. In *Revista rol de enfermería*. Barcelona. Ano XX, nº 232. p. 13-16; ISSN 0210-5020;
- CUNHA, Madalena & CUNHA, Maria do Céu. (2002). *O pudor e o corpo: as fronteiras do ser*. Revista Servir nº 50, Volume 2. p. 62-68;
- DAMÁSIO, A. (2003). *Ao encontro de Espinhosa. As emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. (2ª ed.). Mem Martins. Publicações Europa-América;
- DELOMEL, M. A. (1999). *La toilette dévoilée: analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris: Éditions Seli Arslan. 220 pp. ISBN: 2-84276-032-8;
- DIAS, Alexsandro Oliveira; IKEBUTI, Ilka Mari; PEREIRA, Adriana Bueno; SILVA, Liz Carolina; ITO, Patrícia Eiko & UTYAMA, Iwa Keiko Aida. (s/d). *O primeiro banho no leito: impacto e sentimentos dos alunos de enfermagem*. Revista Terra e Cultura (ano XIX, nº 36 127). Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: http://web.unifil.br/docs/revista_eletronica/terra_cultura/36/Terra%20e%20Cultura_36-12.pdf;
- Dicionário etimológico da língua portuguesa. (1952). Editorial confluência. 2377 pp.;
- Dicionário da língua portuguesa contemporânea (2001). Academia das Ciências de Lisboa. Editora Verbo. Vol. I e II. 3808 pp.;
- DOMINGUES, Fr. Bernardo. (2004). *A pessoa e a vida saudável a promover*. In NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana. *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 582 pp.;
- DOWD, Thèrèse & KOLCABA, Katharine. *Teoria do conforto in* Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.). Loures: lusociência. p. 481-495;
- DOWNEY, Lindsey & LLOYD, Hilary. (2008, abril-maio). *Bed bathing patients in hospital*. (Nursing Standard n.º 34; vol. 22). p. 35-40. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de [ProQuest Nursing & Allied Health Source];
- DUARTE, Susana. (2002). *Porque vão as pessoas ao médico, saberes de saúde e de doença*. Coimbra: quarteto editora. 130 pp. ISBN: 972-8717-18-0;
- DUNN, Joshua C; THIRU-CHELVAM, Brenda & BECK, Charles H M. (2002, novembro). *Bathing: pleasure or pain?* (Journal of Gerontological Nursing; vol. 28, n.º 11). p. 6-13. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: [ProQuest Nursing & Allied Health Source];
- ELIAS, Norbert. (2006). *O processo civilizacional*. (2ª ed.). Lisboa: editora Dom Quixote. 783 pp.; ISBN 972-20-2665-8;

- ESCRIBANO, M. D. (1999). *La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad, una reflexion desde la ética*. Revista de enfermería Rol nº 4. p. 63-67;
- ESTABROOKS, Carole & MORSE, Janice. (1992). *Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style*. Journal of Advanced Nursing, Oxford, (17 (4)). p. 448-456; Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=15&sid=727c72a4-8263-4b9a-8af6-bd8dd3d9fb27%40sessionmgr7>;
- FERNANDES, Ana Alexandre. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta editora. 211pp. ISBN: 972-8027-83-4;
- FERNANDES, P. (2000). *Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestação da depressão*. Coimbra: Quarteto editora; 165 pp.;
- FERNANDES, O. M. T. & LOPES, M. A. P. (2002, agosto). *Corpo, saúde e doença: Que representações dos enfermeiros?* Revista Investigação em Enfermagem n.º 6, p. 4-17;
- FERRÃO, Maria José. (2005, setembro). *Ajudar a ser na ternura do tocar*. (Ano XVI). Coimbra: Cadernos de Bioética n.º 38. p. 225-230;
- FERREIRA, Cristina J. R.; LEAL, Maria T. B. & GUIMARÃES, Maria G. N. (2004, setembro). *Desvelando o Método Etnográfico: que contributos para a ciência de enfermagem*. Revista Sinais Vitais n.º 56. p.52-55. ISSN 0872-0844;
- FIGUEIREDO, Daniela. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. (Cadernos de Saúde). Lisboa: Editora Climepsi. 236 pp.; ISBN 978-972-796-1;
- FONTAINE, Roger. (2000, setembro). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores. 194 pp. ISBN 972-8449-65-8;
- FORTIN, Marie-Fabienne. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.). Mem Martins: Lusociência. 388 pp.; ISBN-972-8383-10-X;
- GAMEIRO, M. (2003). *A enfermagem ciência e arte ... e a investigação*. Revista Referência n.º 10, p. 5-15;
- GÂNDARA, M. M. (1998, julho/agosto). *O poder na relação enfermeiro/utente*. Revista Servir 46:4. p. 162-170;
- GÂNDARA, M. N. & PEREIRA LOPES, M. A. (1994). *Cuidar em Enfermagem*. Revista Enfermagem em foco n.º 16. p. 40-46. ISSN 0371-8008;
- GASPARINO, R., C. & GUIARDELLO, E., B. (2006, setembro/outubro). *Sentimento de invasão do espaço territorial e pessoal do paciente*. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 59. n.º 5. Brasília. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500011&scrip=sciarttext&tlng=en>;

- GHIGLIONE, Rodolphe & MATALON, Benjamin. (2001). *O inquérito: teoria e prática*. (4.^a edição). Oeiras: Celta. 336 pp.; ISBN 972-774-120-7;
- GRUPO ARCHES. (2001, fevereiro). *L'intimité et la relation soignant-soigné*. Revista Soins n.º 652., Paris;
- HAMILTON, Ian Stuart. (2002). *A psicologia do envelhecimento, uma introdução*. (3^a ed.). Porto Alegre: Artmed editora. 280 pp. ISBN 85-7307-969-x;
- HENDERSON, V. (1962). *Basic principles of nursing care*. Gêneve, International Council of Nurses;
- HENNEZEL, Marie. (1997). *Diálogo com a morte: os que vão morrer ensinam-nos a viver*. (2^a edição). Lisboa: editorial de notícias. 173 pp. ISBN 972-46-0793-3;
- HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris: intereditions;
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. 201 pp. ISBN 972-8383-11-8;
- HESBEEN, Walter. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 220 pp.;
- HESBEEN, Walter. (2004). *Cuidar neste mundo. Contribuir para um Universo mais cuidador*. Loures: Lusociência, 292 pp.;
- ICN. (2005). *Internacional Classification of Nursing*, versão 1;
- IDE, C. A. C. (1984). *O paciente de UTI e a percepção dos cuidados de higiene corporal*. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. In: PUPULIM JSL, SAWADA NO. (2005, maio-junho). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. Revista Latino-americana. Enfermagem; 13(3):388-396. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a14.pdf>;
- IMAGINÁRIO, Cristina. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: formasau. 242 pp.; ISBN-972-8485-38-7;
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (1999). *As gerações mais idosas*. (Série de estudos nº 85). Lisboa. Recuperado em 20 Fevereiro 2008, de: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=74099&DESTAQUESmodo=2;
- JENKINS, Ruth Launins. *Cuidar das famílias no ambiente domiciliário* in RICE, Robyn. (2004). *Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários*. (3^a ed.). Loures: Lusociência. p.49-60;
- JOSÉ, Helena. (1999). *Ser pessoa, uma reflexão para a prática*. Revista Nursing n.º 138. p. 25-28;

- JOSÉ, H. M. G. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência. 183 pp. ISBN 972-8383-34-7;
- KADNER, K. (1994). *Therapeutic intimacy in nursing*. Journal of Advanced Nursing, n.º 19. p. 215-218. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=11&hid=5&sid=5dfb1b51-8ef7-4309-a9d1-90d5f09894ad%40SRCM1>
- KÉROUAC et al. (1996). in PEREIRA, H. R. (2005). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento cognitivo*. Ponta delgada: Saudaçor. 143 pp.;
- KOLYNIK, H. M. R. (2005). *Uma abordagem psicossocial de corporeidade e identidade*. Revista Integração (Ano XI, nº 43). Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/337_43.pdf;
- LAGE, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. Lisboa: Climepsi Editores. p. 203-229. ISBN 972-796-185-1;
- LALANDA, Piedade. (1995). *A interação enfermeiro-doente, uma abordagem bioantropológica*. Revista Nursing, n.º 88, Ano 8, pp. 28-32;
- LANDRY, R. *Análise de Conteúdo* in GAUTHIER, B. (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (3ª ed.). Loures: Lusociência. 550 pp. ISBN 978-972-8383-55-8;
- LAZURE, Hélène. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta; 215 pp.;
- LENARDT, Maria Helena; HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; PÍVARO, Andressa Barra Rosa & BORGHI, Cristina Silva. (2007, outubro-dezembro). *Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 16 (4):737-745. Recuperado em 7 de Junho de 2008, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a19v16n4.pdf>;
- LE BRETON, David. (1990). *Les Passions ordinaires*. Anthropologie des émotions, Paris, Armand Colin;
- LE BRETON, David. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. 254 pp. ISBN 950-602-333-6;
- LEIGO, A. M. A., AUGUSTO, Berta Maria; RODRIGUES, E. e RODRIGUES, Sandra. (1997, outubro/dezembro). *Privacidade no cuidar. Que vivências?* Revista Informar n.º 11. p. 14- 22;
- LOPES, M. A. P. (1995). *Cuidar na intimidade, uma abordagem fenomenológica*. Revista Enfermagem n.º 6. pp. 40-50;
- LOPES, Pereira. (1998). *Tocar: uma técnica que humaniza?* (no prelo);
- LOPES, M. A. P. (1999). *O corpo da pessoa: que lugar ocupa nos cuidados de enfermagem*. Revista Nursing n.º 138. pp. 20-24;

- LOPES, M. A. P. (2000). *Quando se fala de corpo, a que nos referimos?* Revista Pensar em Enfermagem, n.º 1. p. 40;
- LOPES, M. A. P. (2005, 1º semestre). *Dificuldade ocultas na interacção dos cuidados de enfermagem ao corpo da pessoa idosa: análise preliminar de um estudo de investigação.* Revista Pensar Enfermagem n.º 1. vol. 9. p. 2-13. ISSN 0873-5689;
- LOPES, M. A. P. (2006, agosto). *Tapar e Destapar a Corporeidade da Pessoa Idosa – Na trivialidade do gesto, a complexidade de saberes.* Revista Investigação em Enfermagem, n.º14;
- LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus. (2002, maio). *Orientações Teórico-Metodológicas Para Aplicação do Método Fenomenológico na Investigação Em Enfermagem.* Coimbra: Referência nº 8. p. 5-16;
- MACHADO, Constança. (2002). *O corpo cansado – que saída psicológica para a doença?*. (Ano XII). Cadernos de Bioética nº 28. Centro de estudos de Bioética - edições, p. 80;
- MACIEL, Silaine & BOCCHI, Sílvia. (2006, março/abril). *Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho no leito.* Revista Latino-americana de Enfermagem 14 (2). p. 233-242. Recuperado em 07 de Janeiro de 2008, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a13.pdf>;
- MANEN, Max Van. (1998, janeiro). *Modalities of body experience in illness and health.* In qualitative health research: an international, interdisciplinary journal. Sage periodicals press. Vol. 8, nº1, pp 7-24;
- MARIZ, M. (2005). *Sentimentos e significados no consentimento informado: Um contributo para a intervenção de enfermagem*, Coimbra: Formasau; 130 pp.; ISBN: 972-8485-51-1;
- MARTÍNEZ, A. M. J.; MARCO, E. O.; BORREL, B. N.; MORILLAS, R. D. & BARRIS, C. A. (2004). *Esperan pacientes y familias aquello que realmente ofrecemos? Expectativas sobre el proceso de cuidados y rol enfermero.* Revista de enfermería Rol, n.º 9. vol. 27,. pp.19-22;
- MARTINS, Catarina Rute. (2000, maio/junho). *A família e a hospitalização: a participação da família no cuidar.* Revista Servir n.º 48:3. pp. 133-135;
- MATTIASSEN A. C. & HEMBERG M. (1998). *Intimacy: meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the Nurse/Carer?*. Nursing Ethics n.º 5. p. 527-534 ;
- MAUSS, M. (1950) (1999). *Sociologie e anthropologie.* (8ª ed). Paris: Presses Universitaires de France;

- MCKENNA, Gilean. (1994). *Cuidar é a essência da prática da enfermagem*. Revista Nursing n.º 80. pp. 33-36;
- MELO, Duarte. (2005). *Corpo, pudor e privacidade: uma ligeira abordagem*. S. Miguel: Nova gráfica. 89 pp.;
- MERCADIER, Catherine. (2004). *Trabalho emocional do prestador de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência. 341 pp.;
- MIRANDA, C. (1994). *O parentesco imaginário*. São Paulo. Cortez;
- MIRANDA, Maria Luíza de Jesus; BRANDÃO, Maria Regina Ferreira; VELARDI, Marília & MATSUO, Renata Frazão. (2007). *Imagem corporal de idosas e atividade física*. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte 6(1). Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de:
http://www4.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao_Fisica/REMEFE-6-1-2007/art03_edfis6n1.pdf;
- MONIZ, José. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência. 133 pp. ISBN 972-8383-49-5;
- MORAIS, A. A. (2001). *Cuidar o idoso no domicílio: a realidade da prática dos cuidados de enfermagem*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 254 pp.;
- MORRIS, D. (1967/1997). *O macaco nu*. (3ª edição). Publicações Europa-América;
- MORSE, Janice M. (1989). *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage Publications;
- MORSE, Janice M. (2003). *Assuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial. p. 29-52;
- MORRISON, Paul. (2001). *Para compreender os doentes*. (Coleção enfermagem). Lisboa: Climepsi editores. 180 pp.;
- MUETZEL P.A. (1988). *Therapeutic nursing in primary nursing: nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units*. Chapman & Hall. London, p. 89-116;
- NAMDROL TENZIN. (2006). *Envelhecer; histórias, encontros e transformações*. (resenha do livro). Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de:
<http://pt.shvoong.com/books/144963-envelhecer-hist%C3%B3rias-encontros-transforma%C3%A7%C3%B5es/>;
- NATÁRIO, Adriano (1991) – Para uma assistência global aos idosos. In: Revista Geriatria, 4, 39;
- NATÁRIO, Adriano. (1992, setembro). *Envelhecimento em Portugal: uma realidade e um desafio*. Revista Portuguesa de Saúde Pública n.º 3. vol. X. p. 47;

- NAZARETH, Manuel. (1994). *O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica. Lisboa: artes gráficas. p. 5;
- NETTO, Matheus Papaléo. (1999). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Atheneu editora. 524 pp.; ISBN 85-7379-109-8;
- NEVES, M. C. Patrão & PACHECO, Susana. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 582 pp.;
- NIGHTINGALE, Florence. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Lisboa: Lusociência. 201 pp. ISBN 972-8383-92-4;
- NOVAIS, Eulália. (2003). *A dualidade de ter e ser corpo*. Revista Pensar enfermagem n.º 1. p. 13-21;
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela & GONÇALVES, Rogério. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 456 pp. ISBN 972-99646-0-2;
- OLIVEIRA, A.; FERNANDES, A. & PEREIRA, A. (2000). *Vivenciando situações constrangedoras: o enfermeiro frente à sexualidade no seu exercício profissional*. Centro Universitário Barão de Mauá. Ribeirão Preto;
- OLIVEIRA, Barros de. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. (3ª ed.). Porto: Livpsic/Legis editora;
- OLIVEIRA, M^a. E., FENILI, R. M., ZAMPIERI, M^a. F. & MARTINS, C. R. (2006, maio). *Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos*. Enfermería Global nº 8. Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/450/439>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2005). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Recuperado em 11 Dezembro 2007, de www.ordemenfermeiros.pt;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código Deontológico do Enfermeiro*. Diário da República - I Série – A, n.º 23 de 21-4-1998. pp. 1754-1756. Recuperado em 23 de Março de 2008, de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/codigodeontologicoEnf.pdf>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1998). *Regulamento para o exercício profissional de enfermagem*. Recuperado em 23 de Março de 2008, de: <http://ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 238 pp.

Recuperado em 23 de Fevereiro de 2008, de:
http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf;

- OURIVES, Alzira. *Confidencialidade e privacidade*. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 249-262. ISBN: 972-603-326-8;
- PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. (2000). *Autonomia e independência*. In NETTO, Matheus Papaléo. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. p. 313-323;
- PAÚL, M. (1997). *Lá para o fim da vida. Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina, 171 pp. ISBN 972-40-1000-7;
- PAÚL, Constança & FONSECA, António M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi editores. 311 pp.; ISBN 972-796-185-1;
- PEARSON, A. & VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa, ACEPS;
- PEREIRA, Ermelinda; DUCLA-SOARES, José; ABECASIS, Pedro (2002). *Medicina do corpo medicina do espírito: 50 anos de medicina interna*. (1ª ed.). Sociedade portuguesa de medicina interna. Lisboa: Gradiva;
- PHANEUF, Margot. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta. 668 pp. ISBN 9789728383848;
- PIMENTEL, Luísa. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-66-X;
- POLLIT, Denise; BECK, Cherly Tatmo & HUNGLER, Bernardett P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. 487 pp.; ISBN 85-7307-984-3;
- PONTY, Maurice Merleau. (1999). *Fenomenologia da Percepção*. S. Paulo: Editora Martins Fontes. 662 pp.;
- PORTUGAL. Serviço Regional de Estatística dos Açores. *Recenseamentos da População e Habitação*. Angra do Heroísmo. Recuperado em 25 de Outubro de 2007, de <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7Bf62e1196-7be9-41db-ab9a-7a91caeb136b%7D.pdf>
- POTTER, P. A. & PERRY, A.G. (2004). *Fundamentos de enfermagem*. (5ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1509 pp.;
- PUPULIM J. S. L. & SAWADA N. O. (2005, maio-junho). *Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Revista Latino-americana. Enfermagem; 13(3):388-96. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a14.pdf>;

- PUPULIM, Jussara Simone Lenzi & SAWADA, Namie Okino. (2002, maio). *Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade*. Revista Latino-americana. Enfermagem; Ribeirão Preto. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100045&script=sci_arttext;
- PUPULIM, Jussara. (2003). *Exposição corporal do cliente na assistência em unidade de terapia intensiva: incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Ribeirão Preto. 151 pp. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15032004-085130>;
- QUIVY, Raymond & CAMPEHOUDT, Luc Van. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva editora. 281 pp., ISBN 972-662-275-1;
- RENAUD, Isabel. (1990, julho/agosto). *A pessoa humana*. Revista Servir n.º 38. vol. 4. pp.159-165;
- RENAUD, Isabel Carmelo Rosa. (1992). *Corpo, ética e feminidade*. Brotéria 5/6. vol. 142. ISSN 0870-7618. pp. 565-585;
- RENAUD, I. (1994). *Intimidade e unicidade da pessoa à dimensão afectiva*. Cadernos de Bioética n.º 7. p. 71-79;
- RENAUD, Isabel Carmelo Rosa. (2004, abril). *O corpo enigmático*. (Ano XII). Cadernos de Bioética, nº 34. Centro de Estudos de Bioética. p. 33-42;
- RENAUD, M. I. C. R. (1990, julho/agosto). *A pessoa humana*. Cadernos de Bioética n.º 4 (vol. 38). p. 159-165;
- RENAUD, M. I. C. R. (1994). *A pessoa humana e o direito à saúde*. Brotéria n.º 139. pp. 323-341;
- RENAUD, M. I. C. R. (1998). *Corpo e Pessoa*. Cadernos de Bioética n.º 18. (Dez.);
- RENAUD, Rosa; CARMELO, I. (1996). *Corpo, ética e feminidade*. Brotéria n.º 5/6. vol. 142. pp. 565-585;
- RIBEIRO, Lisete Fradique. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: EDUCA e SEP. ISBN 972-8036-11-6;
- RIBEIRO, Agostinho. (2005, agosto). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. (2ª ed.). Porto: Casa das Letras, 303 pp.;
- RICE, Robyn. (2004). *Práticas de enfermagem nos cuidados domiciliários*. (3ª ed.). Loures: Lusociência, p. 49-60;
- RILEY, Júlia B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência. 454 pp.;

- RIOULT, C. (2001, fevereiro). *La juste Distance in L'intimité et la relation soignant-soigné*. Revista Soins nº 652., Paris;
- RODRIGUES, A., MARTINS, S. & DUTRA, R. (2008). *Análise do Conceito: corpo doente*. Trabalho elaborado na cadeira de Ciências de Enfermagem II - XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 27 pp.;
- ROGERS, C. (1984). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Editora Moraes; 352 pp.;
- ROPER, N.; LOGAN, W. W. & TIERNEY, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (3ª edição). Editora Mc Graw-Hill de Portugal, Lda.. 453 pp.;
- SANCHEZ, M. (2000, fevereiro). *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. Textos Envelhecimento. vol. 3. n. 3. Rio de Janeiro. ISSN 1517-5928. Recuperado em 10 Dezembro 2008, de: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso;
- SANTOS, Purificação. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto editora. 165 pp. ISBN 972-8536-61-9;
- SARAIVA, A. (1999). *O doente inconsciente e a efectividade da comunicação através do toque*. Revista Nursing, nº 134. Ano 12. pp. 36-40;
- SARAMAGO, J. (2004). *Ensaio sobre a lucidez*. Lisboa: editorial Caminho;
- SEQUEIRA, Carlos. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Editora quarteto. 310 pp.; ISBN 978-989-558-092-7;
- SERRA, M. N. (2005). *Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência. 169 pp.; ISBN 978-972-8383-93-0;
- SILVA, Alcione Leite. (1998). *O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado In: Marcas e diversidades: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.195-241;
- SILVA, António Manuel. (1997). *O risco da Hospitalização*. Revista Sinais Vitais n.º 12. pp. 35-42. ISSN 0872-8844;
- SILVA, João Fernandes. (2006). *Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência. 332 pp.; ISBN 972-8930-25-9;
- SILVA, Maria da Graça. (2007). *A vivência do envelhecer: sentido e significados para a prática de enfermagem*. Ribeirão Preto. 164 p. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08102007-114238/7>;
- SILVEIRA M. F. A. (1997, dezembro). *Estar despido na UTI: duas percepções, um encontro*. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, vol. 5, nº 2, p. 449-459;

- SIMEÃO, Maria José. (1993, setembro/outubro). *Análise do modelo conceptual de enfermagem de Jean Watson*. Revista Servir n.º 5. Vol. 41. pp. 260-270;
- SIMÕES, João F. (1998). *As mãos nos cuidados de enfermagem*. Revista Nursing n.º 122. Ano 11. pp. 23-26;
- SIMMEL, G. (1981). *Sociologie et épistémologie*, Paris, PUF;
- SLEPOJ, V. (1998). *Compreender os Sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença; 231 pp.; ISBN 972-23-2315-6;
- SMELTZER, Suzanne C. & BARE, Brenda G. (2005). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. (10ª ed., vol.2). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2419 pp.; ISBN 85-277-1057-9;
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar;
- SFAP - COLÉGIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: «Cuidar»: ética e práticas*. SFAP. Colégio de cuidados de enfermagem. Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. Loures: Lusociência. 237 pp;
- SPAR, James E. & LA RUE, Asenath. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi editores. 284 pp.;
- SPITZ. (1987). *O primeiro ano de vida*. (4ª ed.). Brasil: Livraria Martins Fontes editora;
- SREA – *Principais resultados definitivos dos Censos 1991 e 2001. XIV recenseamento geral da população. IV recenseamento geral da habitação*. Recuperado em 15 de Maio de 2007, de: <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7Bf62e1196-7be9-41db-ab9a-7a91caeb136b%7D.pdf>;
- STREUBERT, Helen J. & CARPENTER, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência. 383 pp.; ISBN 972-8383-29-0;
- STRONGMAN, Kenneth. (2004). *A psicologia da emoção*. (2ª ed.). Coleção Manuais Universitários. 320 pp. ISBN 9727961142;
- TEIXEIRA, J. (1993). *Psicossociologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA. p. 61 e 66;
- TOMEY, A. M. & ALLIGOOD, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra, Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência. 750 pp;
- TORGA, Miguel. (1970). *Diário VIII*. (3ª ed. revista). Coimbra: Gráfica de Coimbra. 198 pp.;
- VALA, Jorge in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. (7ª ed.). Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento. 318 pp.;

- VALENTE, Paula. (2001, abril). *Risco de institucionalização do idoso*. Revista Geriatria n.º 133. Ano 14. pp. 16-20;
- VALÉRY, Paul. (1957). Oeuvres, I, Paris, Gallimard. In RIBEIRO, Agostinho. (2005). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. (2ª ed.). Porto: Casa das Letras, 303 pp.;
- VAN DER BRUGGEN, Harry. (1977). *Ce malade qui existe*. Paris: Le centurion. 157 pp.;
- VEIGA, M. A. P. L. (1994). *Cuidar na intimidade. Intimidade no cuidar. Sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção da vida*. Dissertação Mestrado no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa, 232 pp.;
- VEIGA, M. A. P. L. (2007). *Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital: um desafio ao cuidado de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 404 pp.;
- VERANI, Laurance. (2001). *Accepter l'intimate dans les soins in L'intimité et la relation soignant-soigné*. Revista Soins n.º 652. Paris;
- VIEGAS, S. M. & GOMES, C. A. (2007). *A identidade na velhice*. (Coleção idade do saber). Porto: editora Âmbar. 138 pp.; ISBN-978-972- 43-1261-3;
- VIEIRA, J. & CRUZ, I. (s/d). *Produção Científica de Enfermagem sobre deficit no autocuidado banho/higiene: implicações para a (o) Enfermeira (o) de Cuidados Intensivos*. Recuperado em 25 de Outubro de 2007, de: www.uff.br/nepae/autocuidado.doc;
- VIGARELLO, Georges. (1988). *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: editorial Fragmentos. 209 pp.;
- WALDOW, V. R. (2001, setembro/dezembro). *O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar*. Revista Enfermagem UERJ.; 9(3). p. 284-93;
- WATSON, Jean. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. 181 pp.; ISBN972-8383-33-9;
- WATSON, Jean. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura – um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência. 229 pp.;
- WATZLAWICK, BEAVIN, Janet Helmick & JACKSON, Don D. (1993). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. São Paulo: Cultrix. 263 pp.;
- ZIMERMAN, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora. 229 pp. ISBN 85-7307-751-4;

ANEXOS

ANEXO I

Pedido ao Conselho de Administração do Hospital de Santo Espírito de Angra do
Heroísmo para observação do banho no leito

Exmo. Senhor
Enfermeiro Director do Conselho de
Administração do Hospital de Santo Espírito
de Angra do Heroísmo - EPE
Enfermeiro João Enes

Susana Isabel Aguiar Martins, Enfermeira do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, mestranda em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a autorização para realização de observação informal, com carácter exploratório, do banho prestado aos utentes dos serviços de Medicina I e II, com o objectivo de obter informação de suporte para o delineamento do guião da entrevista a utilizar na recolha de dados da tese de mestrado.

Sendo autorizada, a observação decorrerá ao fim de semana, com data de início ainda a definir e, terminará quando os dados colhidos se afigurem suficientes para o delineamento do já citado guião.

Mais se informa que os dados colhidos serão confidenciais.

Sem outro assunto e grata pela atenção que me queira dispensar.

Pede deferimento

(Susana Isabel Aguiar Martins)

Angra do Heroísmo, 25 de Fevereiro de 2008

ANEXO II

Autorização concedida pelo Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo
para observação do banho no leito



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional da Saúde
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO E.P.E.

Ex.mo(a) Senhor(a)
Enf.ª Susana Isabel Martins
Centro de Saúde de Angra do Heroísmo
Can.ª Melancólicos

9700 Angra do Heroísmo

Seu referência:

N.º

Proc.º

Seu comunicação de:

Nossa referência:

N.º 442-033

Frec.º

Data:

2008-04-18

Assunto: Pedido de Autorização – Observação Informal de Banhos

Relativamente ao assunto em epígrafe, informo V. Exa. que o seu pedido foi autorizado mas só no Serviço de Medicina I, em virtude de estarem a decorrer outras estudos no Serviço de Medicina II.

Com os melhores cumprimentos.

O Enfermeiro Director,

João Enes

/as

ANEXO III

Pedido para realização de entrevistas ao Conselho de Administração do Hospital
de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

Exm.º Enfermeiro Director do Hospital de
Santo Espírito de Angra do Heroísmo- EPE

Susana Isabel Aguiar Martins, Enfermeira do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, mestranda em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, encontrando-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de idosos dependentes” vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para realização de entrevistas aos idosos dos serviços Medicina I e II desta instituição.

Sendo autorizada, a realização das entrevistas, decorrerá em data a combinar com os enfermeiros chefe dos respectivos serviços.

Mais se informa que os dados colhidos se destinam exclusivamente ao estudo em causa e são confidenciais.

Sem outro assunto e grata pela atenção que me queira dispensar.

Pede deferimento

(Susana Isabel Aguiar Martins)

Angra do Heroísmo, 16 de Setembro de 2008

Exm.º Enfermeiro Director do Hospital de
Santo Espírito de Angra do Heroísmo - EPE
Enfº João Enes

Susana Isabel Aguiar Martins, enfermeira, vem por este meio aditar ao pedido para realização de entrevistas a doentes internados nos serviços Medicina I e Medicina II, o consentimento informado, de forma a que a Comissão de Ética deste Hospital possa emitir o seu parecer.

Para eventuais contactos aquando do parecer da Comissão de Ética, abaixo indico os meus contactos:

Susana Isabel Aguiar Martins

Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

9700 Angra do Heroísmo

tlml: 96 3364855

Com os melhores cumprimentos,

Susana Isabel Aguiar Martins

ANEXO IV

Resposta do Conselho de Administração do Hospital de Santo Espírito de Angra
do Heroísmo – realização de entrevistas



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
Secretaria Regional dos Assuntos Sociais
Direcção Regional da Saúde
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO, EPE

Exma. Senhora
Enfermeira Susana Isabel Aguiar Martins
Centro de Saúde de Angra do Heroísmo
9700 Angra do Heroísmo Angra do
Heroísmo

Vossa referência
Nº:
Proc.:

Vossa comunicação de

Nossa referência
Nº.: SAI-HSEAH/2008/858
Proc.:

Angra do Heroísmo,
17-12-2008

Assunto: Estudo - "O banho no leito em contexto de internamento hospitalar:
vivências de idosos dependentes"

Em referência ao assunto em epígrafe, informo V. Exa. que o seu pedido foi autorizado, mediante o parecer da Comissão de Ética "não ter nada a opinar à realização do Estudo, supra citado, com vista a desenvolver a dissertação do mestrado intitulado".

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro-Director,

João Enes

/as

ANEXO V

Consentimento informado



U.PORTO

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

(XIV Mestrado em Ciências de Enfermagem – Turma B)

Consentimento Informado

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objectivos e da justificativa da presente entrevista, que busca a colheita de informação sobre a intimidade do doente aquando do banho no leito prestado por enfermeiros, a fim de desenvolver a dissertação de mestrado intitulada: “O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de idosos dependentes”.

Tenho conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta entrevista; terei total liberdade para retirar o meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar no trabalho, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição.

Sabendo que a entrevista será gravada, entendo que nunca serei identificado e que se manterá o carácter confidencial das informações registadas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar neste estudo, bem como autorizo que dados anónimos a meu respeito possam ser divulgados.

Data ____ / ____ / 2008

Assinatura do Entrevistado:

Assinatura do Entrevistador:

ANEXO VI

Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

TÍTULO: O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de idosos dependentes

Entrevista n.º:

Hora:

Data:

	OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	QUESTÕES	OBSERVAÇÕES
INTRODUÇÃO	- Legitimar a entrevista; - Motivar o entrevistado a colaborar	- Apresentação pessoal; - Explicação dos objectivos da entrevista; - Solicitar colaboração; - Garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados; - Pedido de gravação da entrevista; - Fornecimento do consentimento informado; - Colocar determinadas questões que poderão auxiliar na análise dos dados; - Fornecer informação e esclarecer quaisquer dúvidas;	- Idade? anos - Sexo? M F - estado civil? solteiro(a) casado(a) viúvo(a) divorciado(a) outros _____ - Escolaridade? - Com quem vive? só esposa marido filho(a) outros _____ - 1º internamento? sim não - Motivo deste internamento? - Duração do internamento? - Situação profissional: _____	- O gravador será colocado em local pouco visível;

NARRAÇÃO	Compreender como vivencia o idoso o estar dependente e necessitar que lhe dêem o banho	- Obtenção de respostas às questões formuladas - Registo de expressões corporais	- Como visualiza o seu corpo doente? - Como visualiza a sua dependência para o banho?	Anotar, sempre que possível, gestos e expressões do entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista
	Compreender como vivencia o idoso o estar dependente e necessitar que lhe dêem o banho (cont.)		- Foi a 1ª vez que teve necessidade de mostrar o corpo a um enfermeiro? - O que tem a dizer sobre o(s) horários do banho? - São respeitadas as suas preferências no banho?	- Em sua casa era este o horário do seu banho? - Temperatura da água, produtos de higiene...?
	Perceber como vivencia o idoso a sua intimidade	- Obtenção de respostas às questões formuladas - Registo de expressões corporais	- Como é, para si, mostrar o corpo, na totalidade ou em parte, perante um enfermeiro no banho, quando este é: 1- do sexo masculino? 2 - do sexo feminino?	↓ muito fácil ↑ fácil ↑ indiferente ↑ difícil ↑ muito difícil ↓ muito fácil ↑ fácil ↑ indiferente ↑ difícil ↑ muito difícil

	Perceber como vivencia o idoso a sua intimidade (cont.)		- Mostrar o seu corpo, na totalidade ou em parte, perante um enfermeiro, varia em função da idade do mesmo? - Tem conhecimento que na carta dos direitos e deveres do doente consta que “a prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade”? - No banho, é utilizado um lençol para tapá-lo ou tapar partes que não necessitam estar expostas? - No banho a cortina é puxada? - Por vezes, percebe que está a ser observado/olhado pelos colegas de quarto?	↑ sim ↑ não Porquê? _____ ↑ sempre ↑ às vezes ↑ raramente ↑ nunca - Se não/por vezes não, como se sente? ↑ várias vezes ↑ raramente ↑ nunca
	Compreender como experiencia o idoso o toque do enfermeiro no seu corpo durante o banho		- O banho/massagem é-lhe prestado com luvas? - Se sim, o que pensa sobre o uso de luvas pelo enfermeiro durante o banho e massagem de conforto? - O que sente ao ser tocado por mãos enluvadas durante o banho? - Considera importante sentir as mãos do enfermeiro durante a massagem? Porquê? - Que significado atribui ao toque das mãos do enfermeiro durante a prestação de cuidados?	↑

Perceber como vivencia o idoso o desnudamento do corpo no banho (cont.)

- No banho sente a sua privacidade resguardada?
- O enfermeiro coloca-o à vontade?
- Pedem-lhe autorização para destapá-lo?
- As partes do seu corpo que não estão a ser lavadas pelo enfermeiro são deixadas tapadas com um lençol/toalha?
- A lavagem das suas partes íntimas é efectuada por si? O enfermeiro dá-lhe oportunidade de ser o próprio a lavá-las?
- Proporcionam-lhe oportunidade de lavar as suas partes íntimas?
- Sente ou já sentiu a sua intimidade invadida no banho?
- Alguma vez o(s) enfermeiros fizeram comentários que o desagradaram (p. ex. sobre o seu corpo)?
- Compararam-no com outros utentes?
- O que sente quando está nu perante um enfermeiro que lhe é desconhecido?

- Se não, como se sente?
- Destapam-no por partes?

† vergonha
 † humilhação
 † embaraço
 † desconforto/ incómodo
 † constrangimento
 † indiferença
 † à vontade
 † outros Quais? _____

**Compreender como se sente o
idoso cuidado pelos
enfermeiros durante o banho**

- Quando é massajado pelo enfermeiro, que produtos são utilizados?

↑ óleo

↑ creme

↑ outro. Qual? _____

- São utilizados os seus produtos pessoais na prestação do banho?

- É lavado com o toalhete bem embebido em água ou quase seco?

- Que sensações lhe proporcionam a massagem após o banho?

↑ relaxamento;

↑ conforto;

↑ alívio;

↑ outro _____

- É sempre o mesmo enfermeiro a prestar-lhe o banho? Preferia que fosse sempre o mesmo?

↑ empatia;

↑ respeito;

↑ vergonha/pudor;

↑ outro. Qual? _____

- O que sente, quando um enfermeiro lhe presta o banho?

- O enfermeiro comunica consigo durante o banho?

- Sente que o enfermeiro a/o cuida com respeito e dignidade? Alguma vez sentiu-se tratado/a como um objecto?

↑ estranho;

↑ amigo;

↑ parceiro nos cuidados;

↑ outro

- Sente que o enfermeiro o olha como:

	Compreender como se sente o idoso cuidado pelos enfermeiros durante o banho (cont.)		- O que diria ao enfermeiro director/chefe, relativamente à forma como devem ser cuidados os doentes que necessitam que o seu corpo seja exposto? - O que acha que poderia mudar relativamente à prestação do banho pelo enfermeiro? - Que estratégias/meios utilizam os enfermeiros para proteger a sua privacidade? ‡biombos; ‡ porta fechada; ‡ pedir autorização para tocar; ‡ outros quais? _____	
CONCLUSÃO	Término da entrevista	Findar a entrevista com afabilidade, agradecendo a participação.	- Agradecer a participação do entrevistado - Demonstrar disponibilidade para esclarecer possíveis dúvidas.	

ANEXO VII

Transcrição da entrevista 2

Entrevista 2

Sr. E2 vejo portanto na sua cabeceira que tem 68 anos (no cimo da cabeceira da cama encontra-se um placard que identifica o nome do utente, idade e qual a especialidade médica que motivou o internamento).

Ah, ah.

É casado?

Casado.

A sua escolaridade Sr. E2?

4ª classe.

4ª classe.

Portanto vive com a sua esposa... (havia conhecido a esposa antes da entrevista).

Com a minha esposa.

Vivem os 2?

Sim.

É a primeira vez que está internado Sr. E2?

Não Sr.^a. É a segunda. A primeira vez foi por causa do coração.

Na cardiologia?

Na cardiologia.

E agora está internado devido ...

Aos rins, pedras na bexiga, rins, uma infecção na bexiga, uma pedra no rim.

Há quanto tempo está internado? Dias...

Estou internado mais ou menos há 6 dias.

Hum, Hum

Há 5 dias, mais coisa menos coisa.

Hum, Hum. Sr. E2, a sua profissão?

A minha profissão é... trabalhava nos serviços de moagem, Lda.

Na? Desculpe?

Moagem terceirense, Lda.

Hum.

Operador de máquinas mas fazia quase toda a espécie de serviços.

E agora está reformado?

Por invalidez.

Portanto vamos começar agora as perguntas

(interrompeu) estou mas já há muito tempo ... tou desde... estamos em...? foi desde... 99.

10 anos. Vai fazer 10 anos.

10 anos.

Esta foi a primeira vez que teve necessidade que os enfermeiros o lavassem na cama?

Sim.

Como vê o facto de não conseguir tomar o banho sozinho como se calhar fazia antes na sua casa?

Hum. Sinto-me desmoralizado, sinto-me triste. Olhe sinto-me em baixo que mais posso dizer? Gostava imenso e tem vezes que antes de vir praqui lavava-me, porque eu tenho um princípio de Parkinson infantil, o que me leva muitas das vezes a não me lavar sozinho.

Portanto deduzo que foi a primeira vez que teve necessidade de mostrar o seu corpo nu a um enfermeiro?

Sim, a um enfermeiro ou às pessoas que cá estão. Auxiliares e essas senhoras.

Deixe-me só... quando esteve na cardiologia aconteceu o banho ser dado na cama?

Não, não. Na cardiologia eu levantava-me às seis, seis e um quarto, seis, seis e meia e ia tomar banho.

la ao...?

Ao chuveiro.

O banho é-lhe dado de acordo com aquilo que estava habituado em casa?

Não. Aqui dão com uma baciazinha, uma esfregona e umas coisas assim do género.

E a temperatura da água?

É média.

E está de acordo com aquilo que...?

Eu nunca fui muito amante de me lavarem em água muito quente.

Então está de acordo...

Totalmente de acordo.

A roupa... Estou a ver que essa é sua (apontando para pijama que vestia)

Eu não uso pijamas. Eu uso mais t-shirts e... ai Jesus...

Calções?

Estou com esta roupa porque ontem tomei uns purgantes para fazer um exame hoje e sujei a roupa toda.

Hum, Hum.

Portanto tenho dois.

Para a sua esposa levar para lavar. Hum. Hum.

Sujei os dois de uma vez.

Outra das perguntas Sr. E2 é como se sente ao ter de expor o seu corpo a um enfermeiro, digo enfermeiro porque é a minha profissão, o corpo todo, ou só uma parte do corpo perante um enfermeiro homem, perante um enfermeiro? Porque há enfermeiras, enfermeiros. Quando é um homem?

Pois eu sinto-me embaraçado. Assim um bocadinho... (pausa).

Com um homem?

Com um homem.

Embaraçado porquê, Sr. E2?

Porque enfim, é um homem a lavar outro e não me imaginava numa situação dessas.

Hum, Hum. E quando é uma enfermeira?

Também me sinto embaraçado, não me sinto à vontade.

Há diferença?

Muita.

Quando é um enfermeiro e uma enfermeira?

Mais, quando é uma enfermeira, porque eu quando fui criado havia respeito e sou uma pessoa que também já tenho a minha idade e respeito muito as outras pessoas. E portanto uma pessoa está a lavar-nos está a mexer-nos nos nossos membros todos. Portanto, é isso.

Então posso dizer que de certa forma prefere que seja um homem? Ou

Preferia que fosse eu (sorriso)

A idade do enfermeiro tem influência na prestação do banho? Ser um enfermeiro ou enfermeira mais velho ou o facto de ser mais novo?

Não. Influência não tem. A única diferença que pode haver é a prática de trabalhar e de lidar com o doente. Só isso. Por exemplo, a pessoa mais idosa, com mais serviço, mais experiência deve lidar melhor com o doente, com outra maneira de ser que o mais novo. Só isso, mais nada.

E tem notado isso agora no seu internamento?

Não, porque as pessoas que estão aqui a trabalhar não se nota muita diferença de umas para as outras

Durante o banho é utilizado um lençol, portanto não tem a sua roupa é utilizado um lençol para tapar por exemplo as partes que não estão a ser lavadas? Por exemplo quando estão a lavar o tronco colocam o lençol em baixo.

Exacto. Exacto.

É? Sempre?

Sim. O lençol é tirado na altura em que é preciso virar ou qualquer coisa assim do género. Temos que virar senão, no meu caso agora, estou de fralda, está a ver? E por isso tem que se destapar uma parte do corpo para fazer isso.

Hum ... antes do banho a cortina é puxada?

Como está aqui

E a porta Sr. E2?

A porta aqui é fechada.

Agora que reparo que tem outra pessoa, outro colega de quarto há situações em que sente que está a ser observado pelo colega que está na cama ao lado?

Não, não. Isso não. Não é observado porque estes reposteiros estão sempre corridos.

Durante o banho entram na sala outras pessoas que não sejam aquelas que lhe estão a dar o banho?

Às vezes podem... já aconteceu entrar Alguns colegas que estão ali a dar o banho mas é muito raro. Só por qualquer coisa que necessitem vir buscar aqui.

E nessas situações raras em que eles entram como é que se sente? Para além do enfermeiro e provavelmente da auxiliar.

Sinto-me à vontade. Não sinto assim grande diferença.

O que fazem os enfermeiros para proteger a sua privacidade? Aquilo que é de mais íntimo, o que temos de mais íntimo?

Eu acho que os enfermeiros e o pessoal todo aqui, respeitam-nos, não vejo assim, por exemplo, maldade. Não vejo (pausa) Portanto é a única coisa que vejo.

Outra das perguntas que a gente até já abordou é como é que o movimentam na cama? Como é que mexem consigo na cama?

Se estão a lavar uma perna, lavam pé, perna, enxugam depois lavam a outra parte e assim sucessivamente, os membros.

E é feito, como hei-de dizer, o que queria perguntar é se é feito suavemente esse movimento de um lado para o outro...

É com cuidado. Com todos os cuidados.

Quando o lavam trazem um toalhete ... penso que se chama toalhete; uma daquelas toalhas ...

Diversos toalhetes.

Diversos toalhetes. Esse toalhete Sr. E é bem embebido de água ou por vezes é assim mais seco?

É embebido de água. Só é seco se for para um caso apropriado mesmo.

E gosta assim? Prefere....

Prefiro. Eles passam aquele mais molhado, lavam-nos e depois passam aquele mais seco.

Hum, Hum. Depois do banho é massajado? É feita uma massagem?

Não. Não necessito porque vamos lá ver uma coisa, são muitos os doentes e se massajarem todos os doentes não sei se há meia-noite acabavam. Não digo que não há algum que não precise ser massajado porque isso tem, mas...

O banho é-lhe dado com luvas?

Sim

Como é que se sente tocado por umas mãos com luvas? Quer dizer, não é uma mão...?

Normalidade. Normalidade. Não sinto (pausa). Não tem maldade nenhuma ser com luvas.

Porque é que acha que são utilizadas as luvas?

Não tenho nada a dizer. Só higiene.

E que significado...?

(interrupção do utente).

Há pessoas que têm diversos tipos de doenças. Há doença que até é mesmo contagiosa e a luva é mais ou menos para protecção.

Que significado dá à forma como a enfermeira lhe toca? Durante o banho; massagem neste caso não.

Normal. Não sinto. Não. É como se me estivesse lavando. É a mesma coisa.

O que é que sente quando o enfermeiro começa a despi-lo durante o banho? Ou antes de iniciar o banho?

Em princípio... a gente depois vai-se adaptando às pessoas que vão lidando connosco. Em princípio é sempre uma vergonha, uma certa maneira de ser. É aquela vergonha, um custo. Não encaramos bem a pessoa. É isso.

O enfermeiro pede autorização ao Sr. E2 para despi-lo? Antes de iniciar....

O enfermeiro chega aqui e diz: oh Sr. E vamos tomar um banhinho.

Isso para si já é um pedido de...

É uma autorização. Pede autorização para tomar o banho.

E quando é destapado durante o banho? Com um lençol? Tínhamos falado à bocado....

Pois.

Também sente que é de certa forma pedida autorização?

É pedida autorização não é feito de qualquer maneira. Pois não.

Esta pergunta já está respondida que é o enfermeiro destapa apenas a parte do corpo que está a ser lavada

À porção que vai lavando, vai destapando conforme vai lavando.

A lavagem das suas partes íntimas é feita por si? Pelo Sr. E?

Não.

É pelos enfermeiros?

Enfermeiros ou enfermeiras, auxiliares de enfermagem.

Preferia que fosse...

Eu

O enfermeiro dá-lhe oportunidade de ser o Sr. E2 a lavar? Alguma vez disseram: Sr. E2 agora ...

Davam-me oportunidade de eu me lavar se eu conseguisse. Por exemplo eu não tenho acção suficiente nas mãos para pegar numa esfregona para lavar porque se tivesse acção suficiente eu era o próprio a lavar-me.

Algum vez os enfermeiros fizeram comentários sobre o seu corpo quando estavam....?

Que eu me apercebesse não.

Se calhar voltando um bocadinho atrás, o que sente quando está nu perante um enfermeiro? Já se falou e penso que inicialmente até me falou em vergonha. Se não me engano foi essa palavra...

Pois foi. Vergonha é mais ou menos o que sinto. Custa talvez a dizer porque uma pessoa a lavar outra,... a menina sabe eu tive na tropa e por diversas vezes vi-me obrigado a andar nu com os outros meus colegas porque era mesmo obrigatório mas se não fosse não andava. Este caso não é bem uma obrigação mas é um dever. Para cuidar da higiene temos que nos despir. E, não é que me sinta à vontade mas é com custo. Mas tem de ser. É exactamente isso.

Hum, Hum. É sempre o mesmo enfermeiro que lhe dá o banho?

Não. Tem vezes que vem uns, outras vezes vem outros.

Preferia que fosse sempre o mesmo ou a mesma?

Não. Mas talvez nem é bem assim ... não é assim. Sempre, sempre o mesmo talvez não.

Não.

Ouço dizer anedotas que se contam da continuidade, de ser sempre as mesmas pessoas a lidarem umas com as outras e depois aquilo dá laços e eu não gosto disso. Portanto, da maneira que está acho que está bem, uma vez que tem que ser assim e assim tá bem.

O que é que sente pelo enfermeiro que lhe está a dar o banho? O que é que sente por ele?

O mesmo que sinto pelos outros. A mesma coisa, a amizade.

A amizade. Hum, hum.

Durante o banho o enfermeiro fala consigo? Há diálogo?

Sim. Ou o Sr. E2 estique o braço ou a perna ou vou virá-lo para a direita ou vou virá-lo para a esquerda. É mais ou menos isso o que vocês fazem.

Há outro tipo de assuntos?

Ou vou por exemplo com a esfregona, vou lavá-lo as costas, qualquer coisa assim do género.

Sente então que o enfermeiro durante o banho o trata com respeito, com dignidade?

Sim Sr.^a.

Alguma vez sentiu que o banho foi prestado com falta de respeito?

Não, não. Nem eu Mas é assim: eu sou humano, sou uma pessoa e por isso não admitia uma coisa dessas.

A sua dignidade acima de tudo não é?

Sim. Tal e qual como respeito uma auxiliar e o enfermeiro que me vem lavar, vejo-os com todo o respeito e toda a maneira de ser.

Como é que se sente quando o enfermeiro olha o seu corpo durante o banho? Sente-se...? Com...?

Custo evidentemente. Pra dizer a verdade eu não reparo muito.

Não repara como é olhado.

Exactamente

Se o Sr. E2 tivesse oportunidade de falar com a enfermeira chefe aqui do serviço ou com o enfermeiro director do hospital ou com o director, relativamente à forma como devem ser cuidados os doentes que necessitam, como no seu caso, que o banho seja dado na cama, o que é que tinha para lhe dizer?

Neste momento não tinha nada para lhe dizer porque o que tem de ser feito é o que estão fazendo.

Acha que há alguma coisa que pode ser melhorada?

Por vezes até algumas coisas podiam ser mas também agora para lhe dizer isso assim (pausa)

Não se está a recordar assim de nenhum aspecto que o Sr. E2, que se calhar para si e para outros...?

Bem, por parte dos trabalhadores que cá estão nada mais poderia ser melhorado. O que podia ser melhorado talvez era através de obras, coisas assim do género.

E acha que isso teria influência no banho? Na prestação do banho?

Sim. É uma das maneiras de mexer com as pessoas.

Hum. Fazer a deslocação, é isso?

Sim. Por exemplo, olhe eu sou um homem pesado.

Hum

As vezes para virarem-me aqui, as pessoas não é bem recusarem-se mas é um bocado.

É uma dificuldade?

É uma dificuldade porque sou muito pesado e depois, quer dizer, se houvesse outro meio de mexer com as pessoas sem que fossem três, quatro pessoas aí para mudarem uma pessoa.

O que é que o enfermeiro faz para que o Sr. E2 se sinta à vontade? O que é que tem notado agora desta experiência?

O enfermeiro (pausa) é precisar de alguma coisa e ele está aí, servir e (...)

E relativamente ao respeito pelo seu pudor? O puxar as cortinas? Acha isso uma das coisas que o enfermeiro faz?

Mais, mais. O enfermeiro anda sempre aqui, nestes passos, a ligar soros e estas coisas do género. Por exemplo as auxiliares que andam aqui é que puxam os reposteiros, mudam-nos fraldas, tiram-nos fraldas.

O enfermeiro também participa no banho?

Pois também participa e também mudam a fralda e também fazem isso. Mas para isso tem de ter os auxiliares. Caso os auxiliares não venham os enfermeiros também vem.

Sr. E2 não o incómodo mais. Agradeço muito...

Não tem de agradecer.

... a sua ajuda no estudo. Claro que o seu nome não irá constar em anda.

E se constar não há problema nenhum.

Espero que... Para mim e acho que para os colegas será uma ajuda muito grande porque sabemos como é que as pessoas se sentem, para quem trabalhamos e damos o nosso melhor. Acho que é muito importante saber a opinião do outro lado porque se calhar futuramente ou a qualquer momento somos nós que estamos nessa...

Eu pra mim...

Nessa situação.

Está aqui tratando de mim e eu não vou estar aqui com segundos sentidos. Estou aqui por exemplo com (pausa)

Respeito.

E eu acho que a menina a mesma coisa. Se fosse vice-versa ninguém se entende. Tá a perceber? E eu acho que aí é tudo.

Olhe obrigada.

Nada.

Espero que melhore rapidamente. Que a sua saúde fique óptima para poder regressar a casa, continuar a sua vida.

Eu também espero! (sorrisos).

ANEXO VIII

Matriz global de codificação de dados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	RESPONDENTES
Viver e sentir-se dependente		E1- Comecei a manquejar. E depois deixei de manquejar. Deixei de andar. E não ando. / E1- Querer lavar debaixo dos braços e não podia. E2- Davam-me oportunidade de eu me lavar se eu conseguisse. Por exemplo eu não tenho acção suficiente nas mãos para pegar numa esfregona para lavar porque se tivesse acção suficiente eu era o próprio a lavar-me. E4- Não foi a primeira vez. Já aconteceu lavarem-me na cama mas não tanto como agora desta vez. / E4- Agora estou mais dependente. / E4- É sempre doloroso para um homem da minha idade não conseguir tomar o banho sozinho. / E4- O enfermeiro ou enfermeira é que tem de despir-me. / E4- antigamente não era deficiente visual. Hoje sou. Já não me dá capacidade para fazer certas coisas. E5- Eu ia. Ia. Eu ia. Agora aqui amarraram-me de maneira que não posso (refere-se à soroterapia que tem em curso). / E5- Vejo-me muito triste. Muito triste, muito triste (...) Eu lavava-me então sempre com a minha mão (...) Mas eu cá para levantar este braço só se for com o outro direito, senão não o levanto. / E5- E lá começam a despir porque eu não posso / E5- amarrado dessa maneira não posso ir para banda nenhuma. E6- É uma necessidade grande. E se não for uma pessoa que bote a mão. / E6- sujei-me todo e então fui obrigado a darem-me o banho. E7- Uma pessoa que tivesse mãos para se lavar, se pudesse mas não posso. (...) Tenho este braço c'ma curto, não posso dobrá-lo. E9- Quer dizer, o banho tomava em casa sozinho e agora aqui.... E1- Eram as lágrimas a correr pela cara abaixo. / E1- deitei-me e cada vez a manquejar pior ... até que só chorava. E2- Gostava imenso e tem vezes que antes de vir praqui lavava-me, porque eu tenho um princípio de Parkinson infantil, o que me leva muitas das vezes a não me lavar sozinho. E3- Não me sinto bem (choro). E6- Eu sinto-me mal. (...) sinto-me desimportado. Desimportado, abandonado. E9- Pois aqui a parte de trás, seja mulher ou seja homem têm de lavar sempre porque eu não consigo chegar.
Sentir-se nu durante o banho: vivências das pessoas idosas	Papel das experiências já vividas	E1- Eu não me chateava nada porque eu quando era rapaz novo andei nos playboys e nessa porcaria. / E1- Eu tava habituado a isso. Qualquer coisa ia a um enfermeiro ou enfermeira. / E1- Eu cá não me sinto de maneira nenhuma. Eu fui, como é que hei-de dizer ... macaquinho de exibicionismo. Pois. Não me importava que vissem. E3- Já tive internado muita vez. E4- E já tive também aqui internado. Doze dias de reposição de ferro e aí é que tive a necessidade de uma vez ser os enfermeiros a lavar-me. E5- Não foi a primeira vez. Assim que fui operado à próstata também tive que mostrar o meu corpo àquelas pequenas que estão lá em cima. / E5- Só quem vai passando é que vai sabendo. E7- Lavei-me os primeiros dois dias. Fui lavada hoje. Não tenho esterco de palmo (risos). E9-Não. Já da outra vez eles tinham que me lavar. / E9- O banho já tinha sido dado na cama. E11- Uma vez eu fui ao Sr. Dr. Renato, e estava lá um rapaz, que era seu colega que estava lá a principiar a estagiar e ele levou-me á mesa e ele estava ali em frente a ver o que ele estava a fazer e eu fiquei de mil e uma cor.

	Ser cuidado na nudez: questões de gênero E1- Não faz mal nenhum. E2- Também me sinto embaraçado, não me sinto à vontade. / E2- Mais, quando é uma enfermeira, porque eu quando fui criado havia respeito e sou uma pessoa que também já tenho a minha idade e respeito muito as outras pessoas. E portanto uma pessoa está a lavar-nos está a mexer-nos nos nossos membros todos. E4- Quando é mulher é triste. / E4- Pois, a gente sentir-se bem nunca se sente bem. / E4- Piora um pouco. / E4- Quando é mulher então aí há que ter o máximo de respeito. / E4- Se é mulher há um respeito. A gente vai lavar aqui, a gente vai lavar acolá, ... E5- assim que é uma pequena; que tá uma pequena mais um homem, uma pessoa custa-lhe. Eu cá custa-me muito, quer seja uma ou duas. / E5- Eu tenho muito custo de ter uma enfermeira ao pé de mim e eu já não sei mais quem está de roda de mim E6- (...) sinto que é uma mulher que vejo na minha frente (...) E não ser a minha. E7- Hum mas então enfermeiros eu não quero. / E7- Dizia que não queria (...) dizia então. Um homem então não. / E7- Sentia-me desesperada. Uma coisa ... c'ma quase que me punha a gritar. / E7- Se visse um homem ao pé de mim eu gritava, gritava. E8- E se for um enfermeiro o que é que eu vou fazer? Nada. / E8-A enfermeira é melhor porque eu tenho mais receio de um enfermeiro. / E8-Posso sentir mais agonia porque é um Sr. enfermeiro mas tem de ser assim. E9- às vezes quando é uma mulher há pessoas que estão sempre com mais uma maldade mas a gente chega aqui e não há. Não há maldade. Nem de uma parte nem de outra. E11- Ai! Um enfermeiro então, eu encho-me de calores! / E11- Eu só queria era que ele não me viesse lavar. E12- Só quem via era o meu homem. O meu marido é que via o meu corpo. E a minha filha. / E12- Pois. É melhor então. Não é tão feio como ser um enfermeiro a lavar-me (...) Ele é bom coitadinho. Mas eu não me sinto bem com um homem. (...) Com uma mulher então é diferente. Agora os homens de cada uma a virem cá fazer as limpezas por baixo a uma pessoa. Nunca tive essas coisas Sr.^a. E tive os meus filhos. E2- Pois eu sinto-me embaraçado. Assim um bocadinho... / E2- é um homem a lavar outro e não me imaginava numa coisa dessas. E12- É melhor então. Não é tão feio como ser um enfermeiro a lavar-me. E4- Quando é homem, quando é só homem a gente está mais à vontade porque eles começam a brincar mais com a gente e depois também a confiança que a gente vai criando e tal. / E4- Homem é triste mas a gente sabe que isto é assim. E4- se é homem pois a gente já está habituados a eles. Já se leva tudo na brincadeira. / E4- Agora quando é homens é na brincadeira uns com os outros. / E4- se é homem é na brincadeira. / E4- quando é homem é sempre a gozar, é sempre a gozar quando há aquela confiança uns com os outros. E5- Um homem já vai de outra maneira mas tenho custo também. E7- Eu vou-lhe dizer uma coisa, o que a gente tem elas também têm (risos). E depois não há ... / E7- Não. Não me mexe com nada. / E7- A pessoa estar ali com as pernas abertas c'ma nasceu e toda nua. Se for duas mulheres, a gente já se conhece. Já sabe o que é. Agora um homem? E1- uma vez é um, outra vez é outro (...) Pra mim é igual. E2- Tem vezes que vem uns, outras vezes vem outros (...) Sempre, sempre o mesmo talvez não (...) Ouço dizer anedotas que se contam da
--	--

		continuidade, de ser sempre as mesmas pessoas a lidarem umas com as outras e depois aquilo dá laços e eu não gosto disso. Portanto, da maneira que está acho que está bem, uma vez que tem que ser assim e assim tá bem. E3- Há lugares que é mais que um, há outros que é um. E4- Depende do serviço deles também, não é? E6- Não é sempre o mesmo (...) Umas vezes é uma enfermeira, outras vezes é um enfermeiro. Outras vezes é uma enfermeira. E8-Não é o mesmo. Cada um tem o seu dia. E9- É uma vez um, outra vez outro (...) Já se sabe que isto muda de turnos (...) Uma vez tem um, outra vez tem outros. O banho é dado sempre pela banda da manhã. E10- É uma vez um, outra vez outro (...) uns são mais jeitosos do que outros. Todos temos 5 dedos mas não tem nenhum que seja igual. E1- Não me faz mal nenhum. Ser homem, ser mulher. Estão fazendo o seu serviço (...) Pra mim tão fazendo serviço. São iguais. Isso é sempre normal. Não tenho complexos por causa disso. E3- Eu não me importo de ser um homem ou uma mulher. Eu respeito e pronto. E3- Para mim não acho dúvidas nenhuma. Tar uma mulher ou um homem para mim é a mesma coisa. / E3- Para mim é a mesma coisa. Ser um e ser outro é a mesma coisa. E4- Ser um enfermeiro ou enfermeira não interessa. E6- Pois é a mesma coisa que sinto quando é uma mulher. E8-Se for Sr.^a, se for Sr. não vou cá morrer por causa disso. O que vier morreu! E9- Não me afecta nada. Se for um homem a dar o banho ou uma Sr.^a é a mesma coisa (...) A gente todos tem as mesmas coisas. A gente tem que se convencer disso. / E9- Tanto faz ser homem como ser mulher. A mim não faz diferença nenhuma. E10- Tanto faz ser homem como ser mulher. A mim não faz diferença nenhuma. E1- E eles lá não reparam pra isso. / E1- Uns nem sequer reparam.
	Ser cuidado na nudez: o papel da experiência do enfermeiro	E7- Não tem influência. / E7- Não me faz cá diferença nenhuma. E8-O que vier morre! E9- Eu não tenho preferência assim, nem tem importância pra mim. / E9- Não tenho problema nenhum. E10- Não tenho problema nenhum. E12- Por amor de Deus. É aquele que vier e que sirva para fazer o serviço faz. E5- Crianças novas e um velho como eu diante de um inocente daqueles. E11- (...) uma enfermeira mais velha penso que seja melhor

	Sentimentos dos idosos face à nudez durante o banho E1- É sempre muita... muita vergonha. A pessoa procura, prontos. E2- Sinto-me desmoralizado, sinto-me triste. Olhe sinto-me em baixo que mais posso dizer? / E2- Ao princípio... a gente depois vai-se adaptando às pessoas que vão lidando connosco. Ao princípio é sempre uma vergonha, uma certa maneira de ser. É aquela vergonha, um custo. Não encaramos bem a pessoa. É isso. / E2- Vergonha é mais ou menos o que sinto. Custa talvez a dizer porque uma pessoa a lavar outra... a menina sabe eu tive na tropa e por diversas vezes vi-me obrigado a andar nu com os outros meus colegas porque era mesmo obrigatório mas se não fosse não andava. Este caso não é bem uma obrigação mas é um dever. E2- Custo evidentemente. Pra dizer a verdade eu não reparo muito. E4- Como é que hei-de explicar? É comovente, acho comovente. A gente sempre se vai lavando sozinhos, agora com uma pessoa estranha a tocar no nosso corpo também. A gente sente receio ou pudor. Não sei. Há coisas que não dá para explicar (...) desde criança que não me sinto bem em trajes, como diz o outro, em trajes menores, ao pé de outra pessoa. E4- A gente ressentido qualquer coisa, sente um pudor qualquer, por expor-se a um indivíduo que não se conhece de parte nenhuma. E5- Uma pessoa tem custo. / E5- Sinto a maior paixão deste mundo (choro). Envergonhado. E7- Sinto-me envergonhada. E11- eu tenho vergonha mas olha somos mulheres e se fosse homem era a mesma coisa porque eu já abri as pernas tanta vez que já estou farta. / E11- A gente tem vergonha. Eu cá então sinto vergonha. E9- Não tenho vergonha nenhuma. Não tenho vergonha. Toda a gente tem as mesmas coisas. Toda a gente tem (...) Não há que haver vergonha na distinção uns dos outros E10- Eu não tenho vergonha nenhuma e como diz o outro eu não ofendo uma mosca. Tu tas aqui... podes tar aqui 15 dias mais eu... é pa fazeres isto, faz-se isso. Não passa daquilo. / E10- Eu então não tenho vergonha nenhuma. E1- Nada. Sinto que ele me está a lavar. E2- Para cuidar da higiene temos que nos despir. E, não é que me sinta à vontade mas é com custo. Mas tem de ser. É exactamente isso. E4- o que é que a gente vai fazer? Deixar andar ...de resto, tá tudo bem. / E4- Não. Não tenho que expressar nada. Isso aqui é (pausa) Logo que seja uma pessoa. / E4- na situação em que a gente está é gostar. É gostar. Tem de ser. Não pode ser feito de outra maneira. E6- Não é que goste muito mas tenho que gostar (...) Eu vejo que é uma necessidade precisa. / E6- Está bom. Eu não gosto de cramar muito porque ainda há outros piores. / E6- Não, não tenho vergonha. A vida é aquilo que é. O que é que eu hei-de fazer? Eu vejo também que é assim mesmo. Não há outra maneira de ser. / E6- Não por vezes lavam-me a parte de cima de uma vez, outra d'outra vez. Não é de qualquer maneira. Tem que ser. Vejo que tem que ser. E7- Fiquei como envergonhada. Mas não tive outro remédio senão (pausa) senão aceitar. / E7- Não me sinto nada frustrada (...) C'ma sim é pa lavar, é pa lavar. Eu na posso. Se eu pudesse, quem em lavava era eu mas na posso. E8-desde o ano passado pra cá não me importo saber. / E8-Assim c'ma sim é pa se ver! / E8-Não sinto nada. Assim como assim tem de ser. E9- Não penso assim. Porque eu aqui tem de ser. É assim. Não tem outro jeito. Não pode ser d'outra maneira. E é feito com senhoras e senhores.
--	---

		E9- Pois, a gente tem que se convencer que são essas pessoas que estão a fazer esse serviço. E11- Não gosto mas tem que ser. E12- É braço para aqui, braço para acolá, perna para aqui, perna para acolá. Olha a gente tem que aceitar o que nos derem. Não é? / E12- Olha a gente tem é que estar aqui, não é a gritar. Hã-de fazer o que elas quiserem. / E12- Há pessoas que andam ao Deus dará mas eu nunca fui assim. Muito cuidado de mim. Mas agora tem que ser. / E12- Na minha banheira é melhor (risos) ai consola na minha rica banheira! Costuma-se a dizer a gente há-de aceitar aquilo que deus dá, não é? E12- Importa-me lá saber. Eu na minha idade Sr.^a, eu já tenho vergonha na cara. Agora coisas sem vergonha, não. Na minha idade, a gente aceita aquilo que querem fazer à gente. Que remédio, não é? (...) Eles então estão a cuidar da sua vida e eu estou aqui à espera daquilo que elas tiverem a fazer. Tem que ser assim. / E12- Pois a gente está aqui havemos de aceitar como elas quiserem. Elas então são todas boas. Todas boazinhas que consola. / E12- Eu estou aqui à espera de um que me faça uma coisinha. Estou aqui. O que é que a gente há-de fazer? / E12- Na minha casa é melhor. Eu estou aqui, estou bem. Na minha casa consola mas agora eu hei-de aceitar aquilo que nosso Sr. me der. E3- Sinto-me à vontade. / E3- Eu sinto-me bem. E9- Fico sempre à minha vontade. Sempre da mesma maneira durante o banho. / E9- Sinto-me à vontade. A Sr.^a sabe que tudo o que eles fazem aqui dentro é tudo à vontade, seja mulher, seja homem. / E9- Eu sinto-me à vontade. Não estou aqui nem cheio de maldade a querer que fosse uma mulher a despir-me. / E9- Às vezes podia ser a gente conhecer algum enfermeiro assim da rua e chegar aqui e ter mais vergonha assim. Eu cá estou à vontade. Se as pessoas fossem todas assim. E5- Olhe sinto-me um pedinte pra li. Sinto-me uma coisa não sei como (...) É como uma pessoa nua ao pé d'outra. / E5- Não sinto nada. É aquele montinho que está pra' li (...) Um montinho que está pra li sem poder nada.
	Manifestações do doente durante o banho	E5- Pois eu não choro mas a vontade está. / E5- agora uma enfermeira eu viro a cara prá banda e deixo andar. / E5- Fecho os olhos com vergonha (...) Fecho os olhos muita vez. / E5- Começam a despir e uma pessoa tá ali calada. / E5- Não olho. Não faço caso. E8-Depois estou de olho aberto mas não reparo. E10- E o sujeito tem que estar com a boca fechada. / E10- adianta-se alguma coisa em falar? / E10- A boca fechada diz tudo. / E10- Não presta. É ver e ficar para si. Não é preciso estar a anunciar a tua vida. Não é bom. A limpeza foi Deus que a formou mas depois se tiveres muito sujo eu a falar com a língua não te limpo a pele. É ver e ficar com a boca fechada. E10- Eu a ver-te porca, suja e dizer aquilo é uma porca, é uma suja, a minha língua é que está suja porque a língua não limpa a sujidade que tu tinhas. E11- Fiquei corada e parece-me até que Eu não sei. Eu não me estou a ver mas o quê?.. era uma inquietação (...) fiquei zangada comigo mesma. Eu disse assim: nunca devia era ter deixado sequer ao menos o outro estar a ver mas olha deixá-lo estar. E... Mas custa, custa um bocadinho. / E11- Eu fecho os olhos. Nunca vejo. / E11- Se fosse um enfermeiro eu então fechava os olhos.

	O banho como promoção da autonomia do idoso	E3- Pois. É mais respeito (...) Acho que é melhor. E4- Agora não. Da outra vez que estive cá deram-me oportunidade de lavar. E9- Depois lavo com a minha mão, que eu chego lá e consigo lavar. Não deixo a Sr.^a lavar. Se fosse ela a lavar eu também (pausa) mas posso. / E9- É só tirar o lençol. Tiro o lençol e faço com a minha mão. E7- os seios e as partes de baixo as enfermeiras é que lavam tudo. E10- Elas é que são obrigadas a lavar (...) Deixa elas lavarem que elas precisam ganhar! E12- Eu não gosto que um enfermeiro me esteja a limpar por baixo mesmo ali. Mas eu tenho de aceitar aquilo. / E12- Não me sinto muito bem a lavarem-me aquelas misérias todas. / E12- Mas ele tá aqui a fazer o seu serviço. A gente tem de aceitar. Mas eu não gosto. Nunca gostei. Mas o que é que a gente há-de fazer? Mas eu estou bem, estou bem aqui.
O momento do banho: interferências e vivências	Modos de protecção da privacidade do doente pelos enfermeiros	E1- Eles puxam a cortina. Puxavam sempre. / E1- Quase sempre tapam com a toalha. Quase sempre tem toalha. E2- O lençol é tirado na altura em que é preciso virar ou qualquer coisa assim do género. / E2- A porta aqui é fechada. E3- A porta é empurrada. Encostada. Sem entrar ninguém. E4- A cortina é puxada. E5- Puxam. Puxam sempre a cortina E6- É. A cortina é corrida. / E6- Eu cá não vejo outra coisa. A cortina é puxada. Corrida para aquela banda. E7- A cortina Está fechada. / E7- Elas botam um lençol debaixo de mim, puxam-me para cima e depois cobrem-me e fico pronta a modos de elas pegarem em mim. / E7- Não. Mas elas não dizem isso. / E7- Elas dizem a Sr.^a agora vai tomar banho hoje. / E7- Vem falar comigo e dizem: oh Sr.^a A, a Sr.^a hoje vai-se lavar. E8- A cortina é Puxada para a frente. / E8- Fecham a porta. E9- Esta cortina agora tem estado sempre aberta porque quando vim para aqui não tinha ninguém. / E9- encosta a porta pra lá para as pessoas que estão aqui a passar no corredor... é sempre bom ter uma protecção. / E9- Não. Eu sinto o mesmo E9- Eles encostam a porta para não aparecer aí ninguém nos corredores. / E9- Agora um Sr. Que tá a lavar outra pessoa... aqui. Eles encostam sempre a porta. / E9- Pessoas fora a enfermeira ou auxiliar não entra mais ninguém. / E9- Por exemplo está uma enfermeira sozinha a dar-me o banho e chega ali outro enfermeiro e bate à porta ou um auxiliar que quer falar com os enfermeiros bate e a Sr.^a que está aqui: entra. Faz favor de entrar. Entra, não entra. / E9- Se é enfermeiro ou enfermeira ou desses auxiliares que quer entrar bate à porta. / E9- Às vezes chegam ali ao pé daquela mesa, param. E12- Correm a cortina. / E12- Elas não deixam entrar pessoas na sala e mesmo as cortinas encobrem. E2- O enfermeiro chega aqui e diz: oh Sr. E vamos tomar um banhinho. / E2- É uma autorização. Pede autorização para tomar o banho.

	Invasão da privacidade da pessoa idosa	E1- Não era tapado. / E1- A porta está meia aberta. / E1- Às vezes entra. E2- Às vezes podem... já aconteceu entrar Alguns colegas que estão ali a dar o banho mas é muito raro. Só por qualquer coisa que necessitem têm que vir buscar aqui. / E2- Sinto-me à vontade. Não sinto assim grande diferença. E3- Às vezes uma pessoa se precisa ir falar com outra, alguma coisa urgente. Entra à mesma. E4- Pode entrar pessoal, que me deu o banho, claro que hoje dá, amanhã não dá e ainda há outros que por exemplo vêm, podem conversar uns com os outros ou fazer uma pergunta mas quer dizer, pessoal que trabalha. E5- se vêm, estão a tratar da sua vida lá pra fora. Não é coisa que não possa ser. E6- Eles tiram o lençol para fora sem fralda... tiram fralda e tudo e lavam à vontade. / E6- A porta então eu reparo (...) A porta está geralmente aberta. / E6- Para mim não faz muita diferença. / E6- alguns assim que vêm que tá alguém lá dentro, pois tentam sair. / E6- Pois até às vezes um enfermeiro que está lá entra. Não há problema. “tamos aqui a lavar um doente”. / E6- Quase sempre diz: “Estou aqui a lavar um outro cliente”. / E6- Estou a trabalhar. Tou a lavar um doente. E7- É toda nua. É toda nua. Tiram o lençol, tiram tudo. / E7- sentia-me melhor se tivesse um lençol a tapar mas elas têm que botar tudo pra baixo. C'ma assim é pa lavar, é pa lavar. / E7- a porta tá aberta. / E7- Gostava mais dela estar fechada mas ela tá é aberta. Tem muitos doentes ali dentro. / E7- Não. Não entram. E9- A porta está sempre aberta. / E9- Não pede autorização nenhuma.... É roupa pra fora, pronto. / E9- Porque isto é um lugar que está sempre a entrar gente. A Sr.^a sabe. Está sempre a passar gente. É uma pessoa que vem ver um doente que tem aí. Entra aqui a perguntar por aquilo ou por isso. E chega aqui e está um homem ou uma mulher nua no meio de uma cama. E10- Não. A aporta ta sempre aberta. / E10- Não pede autorização nenhuma.... É roupa pra fora, pronto. / E10- Às vezes chegam ali ao pé daquela mesa, param.
Prestação do banho pelos enfermeiros: vivências dos idosos	Como lidam os idosos com os procedimentos do banho	E2- É com cuidado. Com todos os cuidados. E3- É com jeito. E5- Viram mas é com muito cuidado. Eles têm muito cuidado. Têm sim Sr.^a (...) São muito jeitosos, são E7- Não. Elas empurram é devagar. E9- É feito nas devidas condições (...) É com jeito. E digo: devagar que isto não é para partir! E10- É com jeito. E digo: devagar que isto não é para partir! E7- Foi a 1ª vez que fui lavada na cama. Mas leva-se muito baldão. / E7- Viram pra qui, depois vira pra li (...) (risos). Lavam a cabeça, depois os braços, depois lavam o corpo todo e depois limpam, depois viram pra li pra dentro, lavam-me as costas, depois lavam coisa, botam-me um lençol na cama, puxam a roupa, vestem-me a camisa de dormir e depois vestem. Costuma-se a dizer na borda a cama e uma bota o lençol porque uma sozinha na faz esse serviço. Uma bota o lençol mais a que está lavando, é que bota o lençol ou puxam o lençol pra baixo e eu vou dando com o rabo pra cima, para o lençol passar para baixo.

		E12- Elas mexem, então bem comigo. Para aqui, para acolá, não é com cuidado, devagarinho. / E12- Elas coitadinhas são jeitosinhas. Mas então não é com cuidado, uma vira para aqui, outra vira para acolá. E1- Pois, lavam os pés e outros não... quer dizer... não se importam. E8-Não tenho nada, nada a dizer. E1- Sempre há aqueles que parece que tão a lavar um boi. Não se importam saber. O que é e o que não é e outros que sempre chamam à atenção E8-Não tenho nada, nada a dizer.
	O sentimento de respeito	E1- não há enfermeiro que chateie. (...) Sinto-me bem com tudo e com toda a gente e não gosto de falar mal de ninguém. Agora não gosto que me tratem mal. E2- os enfermeiros e o pessoal todo aqui respeitam-nos, não vejo assim, por exemplo, maldade. / E2- Nem eu Mas é assim: eu sou humano, sou uma pessoa e por isso não admitia uma coisa dessas. (...) Tal e qual como respeito uma auxiliar e o enfermeiro que me vem lavar, vejo-os com todo o respeito e toda a maneira de ser. / E2- Está aqui tratando de mim e eu não vou estar aqui com segundos sentidos. E3- Com respeito duma parte e doutra (...) Falta de respeito nunca senti. E4- Felizmente são carinhosas. Não posso dizer nada em contrário sobre a enfermagem. Não. Até pelo contrário só tenho é a agradecer e a dizer bem dessa gente. Aquilo que eles fazem, aquilo que eles são obrigados a fazer porque isto é assim mesmo. A gente tem é que agradecer. / E4- Respeito, respeito. Deus nos livre mesmo. O respeitinho! (risos). / E4- Não, não. Falta de respeito nunca. Mesmo não admitia, não é mas (pausa). Até ver. Posso estar muito doente mas o juízo ainda está no sítio. E5- Eles respeitam-me concerteza (...) Tratam com respeito. Qualquer um. Tanto faz ser enfermeiros como auxiliares E6- Nunca senti falta de respeito. Quer dizer nem mulheres, nem homens. Também às vezes há mulheres. Há mulheres também que faltam ao respeito aos homens, não é? Mas não... E9- é tudo feito com respeito, tanto faz o homem como a mulher. / E9- Sempre com respeito tanto por parte do homem como da mulher. / E9- Pois uma pessoa gosta porque uma pessoa ta aqui deitado. Se ta aqui de papo pró ar 1 dia ou 2, sempre aquela água nas costas consola. / E9- Seja por mulher ou por homem eu também respeito-os todos. E10- guardo tanto respeito como guardava à minha mãe. Tu seres uma fêmea e eu ser um macho, guardo tanto respeito como guardava à minha mãe. / E10- O respeito é de quem o quer ter e a vergonha é só uma. Vergonha é só uma. / E10- Mais à vontade do que eu estou, não posso estar. A minha vontade era não estar aqui. É estar em minha casa.
	Apelo dos idosos à melhoria das condições logísticas	E2- Bem, por parte dos trabalhadores que cá estão nada mais poderia ser melhorado. O que podia ser melhorado talvez era através de obras, coisas assim do género. / E2- É uma dificuldade porque sou muito pesado e depois, quer dizer, se houvesse outro meio de mexer com as pessoas sem que fossem três, quatro pessoas aí para mudarem uma pessoa. E4- Melhorar nada. É preciso muita coragem desse pessoal que anda aí fazer o que faz aos doentes. Muita coragem, muita vontade. Era uma coisa que eu era incapaz de fazer. Isso depende da pessoa; há pessoas que fazem. É a vida. Sei lá como é. Por isso tenho é que agradecer, tenho é que

		agradecer a essa gente toda. E admiro a maneira de trabalhar com o doente. E6- a maneira de tocar como eu tava-lhe a dizer é a maneira de chamar á atenção porque há pessoas, há pessoas que já não vêem muito bem e depois se forem de súbito ou apanhadas de surpresa pois pode ser mau. / E6- Por exemplo botar com muita força água quente pra cima.(...) Isso é uma coisa que não se devia fazer a um doente.
	Instrumentos utilizados no banho: sua interpretação pelos idosos	E2- É embebido de água. Só é seco se for para um caso apropriado mesmo. / E2- Prefiro. Eles passam aquele mais molhado, lavam-nos e depois passam aquele mais seco. / E2- Aqui dão com uma baciazinha, uma esfregona e umas coisas assim do género. E6- Eu então nunca senti aqui banho nenhum a seco. Tem sido sempre com uns paninhos molhados de água, pois não é carradas de água mas sempre se sente a água E7- Eram bem cheios de água e não era a escorrer água pra baixo. Era mais espremido na mão. Depois passavam no corpo. E9- Com água bastante e sabão. Não é água fria. É espremido e depois é tornado a molhar e torno a passar E11- eles esqueceram-se porque eu tenho ali no armário toalhas mas esqueceram-se de me trazer um paninho ou uma esponja que eu tenho para me lavar. E12- Aqui é... molham-me o pano, lavam-me a cara, vira para aqui, vira para acolá. A minha cabecinha não é como eu me lavo na minha casa. Na minha casinha eu lavava-me que consolava. Mas aqui molham-me com uma coisinha de água, já está! E1- Eu cá por mim é de qualquer maneira. E12- Era mais gostoso com mais água. Em casa consola a tomar banho. A gente há-de aceitar conforme nosso Sr. Quer. Tá bom. Eu tou bem Sr.^a. E2- É média. (...) Eu nunca fui muito amante de me lavarem em água muito quente. E6- algum chega com a água mais quentinha uma coisinha, outro menos. E7- Foi água muito quente que tinha e eram elas que me banhavam com água, uma bacia com água com uns paninhos pequeninos. Molharam em água e sabão e lá passavam no corpo todo. E8- Não é muito ... é mais morninha uma coisinha. Isso é conforme elas me dão. E9- "(...) É água que se pode lavar, que não há problema. Nem ta quente nem ta frio. Tá a modos de se lavar (...)” E10- A água. Não há-de ser fria, fria mas também só tonta não. Há-de ser bem quentinha. E12- Então é água morninha, não é quente a pelar.
Vivências de comunicação enfermeiro/doente durante o banho	O banho: validação das preferências do doente	E3-Agora vamos dar o banho, vamos lavá-lo assim, lavar assado. Conversar. / E3- Dizem: quer-se lavar assim, quer-se lavar assado? / E3- Falam consoante o sítio, consoante aquilo que estão fazendo, vai lavar agora os pés, vai lavar agora isso, vamos fazer isto, vamos fazer aquilo. E5- Oh Sr. E vamos virar, olha agora vamos a despir E6- Falam sempre bem. (...) Há uns que falam mais. São mais falazões. Gosto mais... E9- Gosto de todos. Mas lá vem um com quem a gente conversa mais E1- há uns que chegam aqui e dizem que vem lavar a cara e há outros que vem aqui e que nem sequer dizem. Outros fazem o seu serviço.

	O banho: sentimentos negativos verbalizados pelos idosos	E5- Às vezes está a cuidar da sua vida, esfrega aqui, esfrega ali, não diz nada E7- Uma puxa pra uma coisa, outra puxa pra outra. E quando é depressa nem sequer falam em nada. E9- Os outros vêm e é como quem dá com uma pedra num cão. Vêm, fazem e não dizem nada. (...) É porque os outros parece que tem o rei na barriga. E12- Não falam comigo. É lá uns com os outros a falar nas suas vidas. Não é coisa que me interesse.(...) Eles estão a fazer o seu serviço. Quando acabam vão embora. (...)Eu da maneira que já sou velha, não me importo.
	Vivências do humor durante o banho	E1- Alguns falam e a gente ri e conversa E3- Falar comigo e rir. E4- é só com brincadeira que a coisa anda. (...) É entrar aqui na brincadeira. Começar a falar. Levar as coisas assim pró gozo e tal sempre. (...) levar na brincadeira a gente vai tomando confiança. / E4- Mais depressa e com mais descontração; a gente fica mais descontraídos, não é? Se não é uma desgraça E6- Sempre há um enfermeiro ou outro que uma pessoa gosta mais por isto ou por aquilo ou que outra ou porque enfim ele faz assim (pausa) não é mais ajuda que o outro, mas é mais umas macaquices, não é! E uma pessoa por vezes gosta daquilo. E é assim. (...) Torna-se tudo mais agradável. Tudo mais fácil. / E6- riem e puxam. É puxar no sentido de dizer umas graças. / E6- Por vezes torna. Por vezes torna (...) O banho mais fácil. E9- Rir, brincar. / E9- Há sempre uma que diz uma macaquice e eu digo outra atravessada também. / E9- Há uns que puxam mais... mas eu também não me calo, levo sempre para a brincadeira e digo outra coisa às avessas e acaba tudo bem.
Experiência de ser tocado pelo enfermeiro durante o banho	Sentimentos verbalizados sobre a utilização de luvas no banho	E1- Eu sinto-me bem porque é higiene. Eu sei bem que é higiene. Quer dizer. Eu nunca tive nenhum sem ... sem luvas Eu acho que com a luva é melhor. É mais higiénico E2- Não tenho nada a dizer. Só higiene. / E2- Há pessoas que têm diversos tipos de doenças. Há doença que até é mesmo contagiosa e a luva é mais ou menos para protecção. / E2- Normalidade. Normalidade. Não sinto (pausa). Não tem maldade nenhuma ser com luvas. / E2- Normal. Não sinto. Não. É como se me estivesse lavando. É a mesma coisa. E4- O pudor é outro (com luvas). / E4- O pudor, o pudor já era... não é igual (com luvas). E5- Não acho nada. Não acho nada. Também se fosse eu também usava. / E5- É mais uma higiene. E7- Pois, é por causa dos micróbios. Com certeza deve ser é por isso. E8- É pa não se pegarem umas às outras (...) A doença. / E8- (...) mas eu vejo-as muitas vezes com luvas. E9- é bom para a doença não apegar ao pobre enfermeiro. E10- é bom para a doença não apegar ao pobre enfermeiro. E4- Olhe vou ser franco, se fosse com a mão não sei se admitia. Não sei...

		E9- Eu acho que as pessoas trabalham suavemente para não magoar ninguém. E11- Sem luvas. Eu cá vejo-as é sempre sem luvas. Quando a pessoas me vem lavar é sempre sem luvas. E7- Pois ser com luvas ou com as mãos dá tudo da mesma maneira.
	Sentimentos verbalizados sobre a realização da massagem	E6- É um bocado mais asperito. Um pouco mais áspero. Mas nota-se que é alguma coisa que está ali a passar. E1-Dão uma massagem porque é assim mesmo. Eu sou utente e uso fralda todas as noites e eles então dão E2- Não necessito porque vamos lá ver uma coisa, são muitos os doentes e se massajarem todos os doentes não sei se há meia-noite acabavam. Não digo que não há algum que não precise ser massajado porque isso tem, mas... E12- Não preciso. Se for é só pra banda dos pés. Mas é assim que eu peço E6- Nunca me fizeram. Nem sei se fizessem que reacção é que podia ter. Essa parte na sei. E3- Acho que é bom. Às vezes sinto o corpo a modos mais leve. E4- Sinto-me bem. Uma massagem é sempre bom E7- Pois eu não desgosto. / E7- Pois sinto-me mais ou menos. / E7- Mais confortável. E12- Elas esfregam creme para ficar a cheirar. / E12- Gosto porque fico a cheirar. Toda a cheirar. Na minha casa eu também tenho. Fico a cheirar que consola.
Sentimentos da pessoa idosa face ao enfermeiro durante o banho		E2- O mesmo que sinto pelos outros. A mesma coisa, a amizade. E4- A gente já está aqui há tanto tempo que as amizades aparecem sem a gente dar por ela. / E4- É uma amizade. Quer dizer, uma confiança. E5- Que relação? É um amigo que está ali. / E5- Preciso dele para me auxiliar. E6- Não temos amizade nenhuma.

ANEXO IX

Pedido de dados estatísticos ao Conselho de Administração do Hospital de Santo
Espírito de Angra do Heroísmo

Exmo. Sr. Enfermeiro director do
Hospital de Santo Espírito de Angra do
Heroísmo – EPE

Susana Isabel Aguiar Martins, enfermeira do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, a realizar um estudo de investigação na vossa instituição, respectivamente nos serviços Medicina I e II, intitulado “O banho no leito em contexto de internamento hospitalar”, vem por este meio solicitar a vossa Ex.^a que me disponibilize, tal como já anteriormente solicitado a 12 de Janeiro de 2009 via Edoc, os seguintes dados estatísticos relativos ao ano 2008 dos serviços supra citados:

- número de internamentos por especialidade;
- idade dos utentes internados;
- grau de dependência dos utentes;
- tempo médio de internamento,

02/01/2009

Com os melhores cumprimentos e certa da vossa colaboração

Susana Isabel Aguiar Martins

