

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL  
DA VELHICE EM  
ENFERMEIROS**

**CARLOS PIRES MAGALHÃES**

**PORTO, 2003**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL  
DA VELHICE EM  
ENFERMEIROS**

**CARLOS PIRES MAGALHÃES**

**PORTO, 2003**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Mestrado em Psicologia**

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA  
VELHICE EM ENFERMEIROS**

**Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa pelo licenciado  
Carlos Pires Magalhães para a obtenção de  
grau de mestre em Psicologia, sob a  
orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Sacau,  
Professora Dr.<sup>a</sup> Constança Paúl e do Mestre  
José Martins.**

**PORTO, 2003**

## **AGRADECIMENTOS E DEDICAÇÕES**

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que, por qualquer forma contribuíram para o resultado deste trabalho, entre os quais, e em especial:

- À Professora Doutora Ana Sacau, à Professora Doutora Constança Paúl e ao Mestre José Martins, pelas observações atentas e oportunas, pelo saber científico partilhado, pelo apoio e disponibilidade.

- Aos professores do Curso de Mestrado.

- Aos colegas Adília Silva, Leonel Preto e Esmeralda Barreira, pelo constante estímulo, pela constante disponibilidade e partilha de saberes.

- Ao Professor Agustín Moñivas, pela disponibilização de material bibliográfico respeitante à área por mim estudada.

- Ao Coordenador da Sub-Região de Saúde, António Manuel Subtil pela autorização concedida para a aplicação dos questionários aos enfermeiros dos Centros de Saúde de Bragança, Vinhais, Moncorvo e Miranda do Douro.

- Ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Bragança, Dr. Carlos Alberto Vaz, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros, Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Marques de Castro, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Mirandela, Dr. José Manuel Gonçalves André, pela autorização concedida para a aplicação dos questionários aos enfermeiros dos respectivos hospitais.

- Ao Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Bragança, Dr. Gilberto Santos, ao Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem Jean-Piaget do Campus Académico de Macedo de Cavaleiros, Mestre Ângela Prior, pela autorização concedida para a aplicação dos questionários aos docentes

com formação básica na área da enfermagem.

- Aos enfermeiros e aos docentes com formação em enfermagem, que colaboraram no preenchimento dos questionários.

- À Mestre Augusta Mata, pela disponibilidade e apoio no tratamento estatístico dos dados.

- Ao Mestre Francisco Gomes, pela ajuda preciosa prestada ao nível do tratamento estatístico (*SPSS*).

- À ordem dos enfermeiros portugueses, pelo material estatístico disponibilizado.

- À minha querida esposa, Teresa Paradinha, pela sua compreensão e estímulo constante, pela sua colaboração, na qual não seria possível a concretização deste trabalho.

Gostaria de dedicar esta tese, especialmente:

- A todos aqueles que directamente ou indirectamente cuidam de idosos.

- À minha filha Catarina, nascida dia 3 de Janeiro de 2003, para que este trabalho sirva de incentivo para a sua vida futura, pois é de pequenina que se deve preparar a velhice.

## RESUMO

O presente estudo investiga a representação social da velhice em enfermeiros. Procede-se à contextualização teórica das representações sociais e da velhice, aborda-se sinteticamente a origem e a evolução histórica da enfermagem, bem como a evolução do grupo socioprofissional dos enfermeiros em Portugal. Na concepção deste estudo, recorreu-se quer às metodologias qualitativas, quer às quantitativas. Foram analisados duzentos questionários aplicados a enfermeiros. Os resultados obtidos através da técnica de análise de conteúdo evidenciam maioritariamente uma imagem negativa acerca da velhice, socialmente partilhada e ancorada pelo grupo dos enfermeiros, descrita linguisticamente com termos como: solidão, doença, dependência, limitação física, morte, limitação psíquica, entre outros. Aquando da imaginação de distintos contextos, envolvendo idosos, verifica-se uma diversidade de representações e da sua ancoragem social, atribuindo distintas orientações ao objecto em estudo. Como critério de distinção da velhice, das outras etapas da vida, o tema “dependência” foi o tema mais referenciado pelos enfermeiros. Identificadas as dez principais categorias acerca da velhice, em enfermeiros, as mesmas foram respectivamente relacionadas com o “género” e com o facto de “residir ou não com idosos” dos inquiridos, concluindo-se que existe relação entre a menção do tema “limitação física” e o “género” e entre a menção do tema “dependência” e o facto de “residir ou não com idosos”. Muitas das categorias de orientação negativa, obtidas acerca da representação da velhice, em enfermeiros, são consideradas por vários autores (Brundtland, 1999; Pimentel, 2001; Rosa, 1987; entre outros) como crenças, mitos e estereótipos, a sua eliminação e o reforço de uma visão positiva acerca da velhice, permitiria elevar a qualidade dos cuidados que se prestam aos idosos, tal como nos referem Berger e Mailloux-Poireier (1995).

## RÉSUMÉ

Cet étude recherche la représentation sociale de la vieillesse en infirmiers. D'abord on fait le contexte théorique des représentations sociaux et de la vieillesse, on aborde synthétiquement l'origine et l'évolution du métier d'infirmier, bien comme l'évolution du groupe socioprofessionnel des infirmiers au Portugal. Dans la conception de cet étude, on a recouru soit aux méthodologies qualitatives, soit aux méthodologies quantitatives. On a analysé deux cents questionnaires appliqués aux infirmiers. Les résultats obtenus à travers de la technique d'analyse du contenu mettent surtout en évidence une image négative concernant la vieillesse, socialement partagé et ancrée par le groupe des infirmiers, décrite linguistiquement avec des mots comme: solitude, maladie, dépendance, limitation physique, mort, limitation psychique, entre autres. Lors de l'imagination de différents contextes, en enveloppant des plus âgés, on vérifie une diversité de représentations et de son ancrage sociale, en attribuant plusieurs orientations au sujet en étude. Comme critère de différenciation de la vieillesse des autres étages de la vie, le sujet «dépendance» a été le plus repéré par les infirmiers. Identifiées les dix catégories principales concernant la vieillesse, en infirmiers, celles-ci ont été respectivement rapportées avec le «genre» et avec le fait «d'habiter ou ne pas habiter avec des plus âgés» parmi des enquêtés, en concluant qu'il y a un rapport entre la mention du sujet «limitation physique» et le «genre» et la mention du sujet «dépendance» et le fait «d'habiter ou ne pas habiter avec des plus âgés». Beaucoup de catégories d'orientation négative, obtenus concernant de la représentation de la vieillesse, en infirmiers, sont considérées par plusieurs auteurs (Brundtland, 1999; Pimentel, 2001; Rosa, 1987; entre autres) comme croyance, mythes et stéréotypes, leur suppression et le renforcement d'une vision positive concernant de la vieillesse, permettrait élever la qualité des soins qui se prêtent aux plus âgés, selon Berger et Mailloux- Poirier (1995).

## **ABSTRACT**

This study researches the social representation of old age by the nursing profession. It encompasses the theoretical depiction of social representation and of old age, the origin and historic evolution of the nursing profession, as well as the development of the socio-professional nursing group in Portugal. A qualitative and quantitative methodological approach was used for this research, analysing two hundred forms filled by professional nurses. Data collected was submitted to content analysis, its results showing a majority of negative representation of old age, socially shared and supported by the nursing group. Linguistically, it is defined by terminology ranging from solitude, illness, dependency, physical limitation, to death or psychological limitation, among others. When imagining diverse contexts regarding elder people, there is also a diverse representation with different social support, implying a wide range of points of reference to the study case. “Dependence” was the most widely used criterion of distinction by the nursing profession between old age and other life stages. Ten major categories of old age were identified by the nursing profession respectively related by nurses to “gender” and “residing or not with elder people”. It is deducted a relationship between “physical limitation” or “gender” and “dependence” or “residing or not with elder people”. Various authors (Brundtland, 1999; Pimentel, 2001; Rosa, 1987; et al) mention many negative orientation categories regarding old age representation by nurses as being the result of beliefs, myths and stereotypes. Its elimination and the reinforcement of a positive point of view would induce a higher quality of care of older people as mentioned by authors such as Berger and Mailloux-Poireier (1995).

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>I PARTE – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b>	4
<b>CAPÍTULO I – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b>	5
1.1 – O Conceito de Representação Social	5
1.2 – A Representação Social como Problema Social e Objecto de Investigação	11
1.3 – Análise Psicossociológica da Representação Social	17
1.3.1 – <i>A representação-produto</i>	17
1.3.2 – <i>A representação-processo</i>	19
1.3.2.1 – Objectivação	19
1.3.2.2 – Ancoragem	22
1.4 – Organização e Dinâmica das Representações Sociais	25
1.4.1 – <i>A teoria do núcleo central: a proposta de Aix-en-Provence</i>	25
1.4.2 – <i>Condições que influenciam a formação e a dinâmica das representações sociais</i>	29
1.5 – Funções das Representações Sociais	29
1.6 – Representação Social da Velhice em Enfermeiros	32
<b>CAPÍTULO II – A VELHICE</b>	36
2.1 – Conceitos de Velhice	36
2.2 – O Envelhecimento como um Processo da Velhice	39
2.2.1 – <i>Teorias do envelhecimento</i>	41
2.2.1.1 – Teorias do envelhecimento biológico	41
2.2.1.2 – Teorias do envelhecimento psicossocial	44
2.2.2 – <i>Alterações associadas ao processo de envelhecimento</i>	48
2.3 – Psicologia da Velhice	51
2.3.1 – <i>Cognição</i>	51
2.3.2 – <i>Personalidade</i>	56
2.4 – Sociedade e Velhice	60
2.4.1 – <i>O envelhecimento demográfico</i>	60
2.4.2 – <i>A família e a institucionalização do idoso</i>	61

2.4.3 – <i>O trabalho e a reforma</i>	68
2.5 – Situações de Crise na Velhice	70
2.6 – Representações da Velhice na Sociedade	78
2.6.1 – <i>Visão positiva e negativa da velhice</i>	79
<b>CAPÍTULO III – OS ENFERMEIROS</b>	88
3.1 – Perspectiva Histórica do Desenvolvimento da Enfermagem	88
3.2 – Evolução e Caracterização Sócio-Profissional da Enfermagem em Portugal	89
3.3 – Formação e Práticas de Cuidados de Enfermagem aos Idosos	93
<b>II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	98
<b>CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO</b>	99
4.1 – Justificação do Estudo Empírico	99
4.2 – Objectivos da Investigação	100
4.3 – Metodologia	101
4.3.1 – <i>Instrumento de recolha de dados</i>	101
4.3.2 – <i>Amostra</i>	102
4.3.3 – <i>Procedimentos</i>	106
4.3.3.1 – Metodologia qualitativa	108
4.3.3.2 – Metodologia quantitativa	111
4.4 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	113
4.4.1 – <i>Resultados obtidos da metodologia qualitativa</i>	113
4.4.2 – <i>Resultados obtidos da metodologia quantitativa</i>	120
4.4.2.1 – Análise descritiva e diferencial	120
4.4.3 – <i>Discussão dos resultados</i>	139
<b>CONCLUSÕES GERAIS</b>	147
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	152
<b>ANEXOS</b>	163

## ÍNDICE DE FIGURAS:

<b>Figura 1</b> – Campo de estudos da representação social	15
<b>Figura 2</b> – Representação esquemática do envelhecimento biológico	42
<b>Figura 3</b> – Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico	45
<b>Figura 4</b> – O ciclo vicioso nos cuidados institucionais aos idosos	73
<b>Figura 5</b> – Relação crenças/attitudes	85

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição da amostra segundo o género	103
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição da amostra segundo a idade	104
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias	104
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição da amostra segundo o local onde presta funções	105
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição da amostra por classes de anos de actividade profissional	106
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição da amostra segundo o facto de residir ou não com idosos	106

## ÍNDICE DE QUADROS:

<b>Quadro 1</b>	– Representação da velhice em enfermeiros	33
<b>Quadro 2</b>	– O idoso para os enfermeiros	33
<b>Quadro 3</b>	– Características dos idosos	34
<b>Quadro 4</b>	– Representação do envelhecimento	40
<b>Quadro 5</b>	– Modificações fisiológicas do envelhecimento	49
<b>Quadro 6</b>	– Desenvolvimento psicossocial segundo Erikson	57
<b>Quadro 7</b>	– Sentimentos atribuídos à solidão	76
<b>Quadro 8</b>	– Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à velhice	114
<b>Quadro 9</b>	– Sentido de orientação atribuído as dez categorias mais apontadas, que os enfermeiros construíram acerca da velhice	115
<b>Quadro 10</b>	– Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem acerca da integração do idoso pela sociedade	116
<b>Quadro 11</b>	– Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião dos enfermeiros (em termos de sentimentos, emoções e comportamentos) relativamente a terem que partilhar a sua casa com um idoso	117
<b>Quadro 12</b>	– Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião dos enfermeiros relativamente ao facto do utente que entra no seu serviço ser um utente idoso	118
<b>Quadro 13</b>	– Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à distinção da velhice das outras etapas da vida	119

## ÍNDICE DE TABELAS:

<b>Tabela 1</b>	– N.º Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses	93
<b>Tabela 2</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema solidão, tendo em conta o género	121
<b>Tabela 3</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema solidão” e “género”	121
<b>Tabela 4</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema doença, tendo em conta o género	122
<b>Tabela 5</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema doença” e “género”	122
<b>Tabela 6</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema dependência, tendo em conta o género	123
<b>Tabela 7</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema dependência” e “género”	123
<b>Tabela 8</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação física, tendo em conta o género	123
<b>Tabela 9</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação física” e “género”	124
<b>Tabela 10</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema morte, tendo em conta o género	124
<b>Tabela 11</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema morte” e “género”	125
<b>Tabela 12</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação psíquica, tendo em conta o género	125
<b>Tabela 13</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação psíquica” e “género”	126
<b>Tabela 14</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema reforma, tendo em conta o género	126
<b>Tabela 15</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema reforma” e “género”	127
<b>Tabela 16</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema experiência, tendo em conta o género	127

<b>Tabela 17</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema experiência” e “gênero”	128
<b>Tabela 18</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema sabedoria, tendo em conta o gênero	128
<b>Tabela 19</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema sabedoria” e “gênero”	128
<b>Tabela 20</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema abandono, tendo em conta o gênero	129
<b>Tabela 21</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema abandono” e “gênero”	129
<b>Tabela 22</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema solidão, tendo em conta o residir ou não com idosos	130
<b>Tabela 23</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema solidão” e “residir ou não com idosos”	130
<b>Tabela 24</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema doença, tendo em conta o residir ou não com idosos	131
<b>Tabela 25</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema doença” e “residir ou não com idosos”	131
<b>Tabela 26</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema dependência, tendo em conta o residir ou não com idosos	132
<b>Tabela 27</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema dependência” e “residir ou não com idosos”	132
<b>Tabela 28</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação física, tendo em conta o residir ou não com idosos	133
<b>Tabela 29</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação física” e “residir ou não com idosos”	133
<b>Tabela 30</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema morte, tendo em conta o residir ou não com idosos	134
<b>Tabela 31</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema morte” e “residir ou não com idosos”	134
<b>Tabela 32</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação psíquica, tendo em conta o residir ou não com idosos	135
<b>Tabela 33</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema	

	limitação psíquica” e “residir ou não com idosos”	135
<b>Tabela 34</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema reforma, tendo em conta o residir ou não com idosos	136
<b>Tabela 35</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema reforma” e “residir ou não com idosos”	136
<b>Tabela 36</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema experiência, tendo em conta o residir ou não com idosos	137
<b>Tabela 37</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema experiência” e “residir ou não com idosos”	137
<b>Tabela 38</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema sabedoria, tendo em conta o residir ou não com idosos	138
<b>Tabela 39</b>	– Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema sabedoria” e “residir ou não com idosos”	138
<b>Tabela 40</b>	– Distribuição de frequências em função da menção do tema abandono, tendo em conta o residir ou não com idosos	139

## INTRODUÇÃO

Segundo Moscovici (citado por Neto, 1998) actualmente, a nossa época é por excelência, a época das representações sociais. Com o grande impacto dos mass media na vida quotidiana (no que concerne à criação e difusão da informação, nos modos de pensar, sentir e de agir), as conversas particulares focalizam-se em acontecimentos nacionais e internacionais.

Estudar as representações sociais é procurar conhecer a forma como um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, as representações que ele forma acerca de uma diversidade de objectos, estejam ou não próximos, é procurar conhecer o conjunto dos códigos culturais que definem em cada período histórico, as regras de uma comunidade. A teoria das representações sociais tem sido discutida, criticada e reformulada continuamente, sendo utilizada em muitos trabalhos científicos (Werba & Oliveira, 1998).

Os resultados dos Censos 2001 (INE, 2002) revelam-nos que o envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade, verificando-se um maior número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, relativamente à camada populacional mais jovem (0-15 anos). Alcançar a última etapa da vida (velhice) é um anseio de muita gente, contudo esse anseio por vezes parece contrastar com um sentimento de temor. Em contexto de trabalho hospitalar, frequentemente deparamo-nos, acerca da velhice, com diferentes representações por parte dos enfermeiros. Algumas apresentam uma orientação negativa, contextualizada linguisticamente com termos como: declínio físico, declínio psíquico, dependência, doença, entre outros. A contextualização teórica, como por

exemplo Berger e Mailloux-Poireier (1995) e Costa (1998), caracterizam muitas destas representações como mitos e estereótipos. Por outro lado, outras representações apresentam uma orientação positiva, contextualizada linguisticamente com termos como: sabedoria, experiência, entre outros. Perante a divergência de representações, ressaltam as questões: Qual delas predominará na classe dos enfermeiros? Esse predomínio será idêntico aquando da imaginação de distintas situações com idosos, hipoteticamente supostas (integração do idoso na sociedade, compartilha da residência com um idoso, o idoso como um utente do serviço de saúde)? Esse predomínio manter-se-á, aquando da sua distinção das outras etapas da vida? Será que os conteúdos representacionais acerca da velhice, que mais predominam socialmente nos enfermeiros, têm relação com o género e com o facto de se residir ou não com idosos?

Assim neste contexto, esta proposta de dissertação visa o estudo da representação social da velhice em enfermeiros.

Para além desta parte introdutória e de uma síntese conclusiva final, este trabalho encontra-se estruturado em duas partes, a primeira parte é consignada à contextualização teórica acerca da problemática em estudo, visando obter fundamentação e justificação para a análise e interpretação dos dados obtidos, a segunda parte destina-se à investigação empírica.

A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos, no primeiro capítulo aborda-se as representações sociais, contextualizando-se o conceito de representação social, seguidamente aborda-se a representação social como problema social e objecto de investigação, faz-se posteriormente, uma análise psicossociológica da representação

social, em termos de representação como processo e em termos de representação como produto. Segue-se a abordagem da organização e dinâmica das representações sociais, onde se destaca a teoria do núcleo central (proposta de Aix-en-Provence), não esquecendo as condições que influenciam a formação e a dinâmica das representações sociais. Para terminar o primeiro ponto deste capítulo, faz-se uma descrição das funções das representações sociais e seguidamente apresentam-se estudos já efectuados acerca da representação social da velhice em enfermeiros. No segundo capítulo contextualiza-se a velhice. No terceiro capítulo, inicialmente faz-se uma breve descrição relativa à perspectiva histórica do desenvolvimento da enfermagem, segue-se uma abordagem quanto à evolução e caracterização sócio-profissional da enfermagem em Portugal, bem como quanto à formação e práticas de cuidados de enfermagem aos idosos.

A segunda parte é dedicada à investigação propriamente dita, na qual é composta pelo quarto capítulo. Neste capítulo justifica-se a escolha do tema, enumeram-se os objectivos de estudo, justificam-se as opções metodológicas tomadas relativamente às formas de acesso às representações, à organização da pesquisa, à escolha da amostra, bem como relativamente às técnicas de tratamento e análise dos dados obtidos, segue-se a apresentação, análise e a discussão dos resultados.

Por fim, com base nos resultados da investigação, sistematizam-se as conclusões, ansiando que as mesmas possam servir de base, quer para a planificação de novas políticas de saúde, quer para a planificação dos novos planos de estudo dos cursos de enfermagem, quer ainda para a planificação de acções de formação ao nível das instituições, visando fundamentalmente que os enfermeiros encarem a velhice como uma etapa natural e positiva do ciclo de vida, e não como mitos e estereótipos.

**I PARTE**

**CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

## CAPÍTULO I – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici (1997) refere-nos que o indivíduo está sujeito às representações dominantes da sociedade e é nesse contexto que ele pensa e exprime os seus sentimentos. Para este autor, as representações diferem segundo a sociedade onde elas nascem e são construídas.

As conversas fazem parte da nossa vida, do nosso quotidiano. Para Neto (1998), foi essencialmente a partir dos finais do século XIX que se deu importância à comunicação na reprodução e transformação das sociedades humanas. Nos anos sessenta surge uma linha de investigação sobre as representações sociais, com base em conversas gravadas, na qual a Psicologia Social tem um papel preponderante.

Para Moscovici (1995) é das conversas, que se elaboram os saberes populares e o senso comum, constituindo fenómenos sociais que nos permitem identificar de forma concreta as representações. Desta forma, a teoria das representações sociais «conduz um modo de olhar a Psicologia Social que exige a manutenção de um laço estreito entre as ciências psicológicas e as ciências sociais» (p. 8).

### 1.1 – O Conceito de Representação Social

Para Moscovici (1997) o conceito de representação social tem a sua origem na sociologia e na antropologia, na qual se destacam os autores Durkheim e Lévy-Bruhl. Nessas duas ciências tal conceito contribuiu de forma decisiva para a construção de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Salientando a especificidade do pensamento

social sobre o pensamento individual, surge com Durkheim em 1898 o conceito de representação colectiva.

Durkheim (1984) salienta-nos que a noção de consciência colectiva se associa ao conjunto das crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma sociedade, formando um sistema determinado que tem a sua vida própria. Segundo o mesmo autor, as representações designam uma vasta classe de formas mentais (ciências, religião, mitos, espaço e tempo), opiniões e conhecimentos, esta é uma noção equivalente à de ideia ou sistema. A representação encerra em si mesma uma certa fixidez e também objectividade, visto ser partilhada e reproduzida socialmente.

Para Durkheim é a sociedade que pensa, na qual as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. Durkheim (citado por Minayo, 1995), diz-nos que as representações colectivas traduzem a forma como o grupo pensa, nas suas relações com os objectos que o afectam, na qual para compreender-se como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia é necessário considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos.

Wundt (citado por Vala, 2000) considerava que a psicologia abarcava dois grandes domínios, um seria a psicologia fisiológica, outro seria a psicologia social ou dos povos, em que segundo o autor, o objecto desta última incidiria sobre o estudo da origem do pensamento social nas suas múltiplas manifestações, sobre o qual a psicologia fisiológica não poderia dar resposta, dada a natureza colectiva do pensamento social e a sua ligação à linguagem e às instituições sociais. Enquanto que para Durkheim (citados por Vala, 2000) as representações colectivas são um sinal da irredutibilidade do social para o

individual, McDougall e Wundt (citados por Vala, 2000) têm em consideração a divisão da sua obra em objectos psicológicos e psicossociológicos, em que para estes autores o pensamento colectivo representa o fundamento para uma psicologia social, autónoma da psicologia. Para Durkheim (citado por Farr, 1995) as representações colectivas eram semelhantes aos objectos de estudo da psicologia dos povos de Wundt, contudo o primeiro direccionava-se essencialmente para o estudo da sociedade, enquanto que Wundt se direccionava essencialmente para o estudo da cultura. Para Farr (1995) esta diferença será mais de ênfase do que substancial.

Moscovici (1997) substitui o termo “colectivo” por “social”, o qual na perspectiva do mesmo autor, pode designar, tanto um conjunto de fenómenos como o conceito que os engloba, ou a teoria que é constituída para os relacionar e explicar, abrindo desta forma caminho a um vasto campo de estudos psicossociológicos.

Segundo Moscovici (citado por Farr, 1995) as sociedades modernas são caracterizadas pelo seu pluralismo e pela sua rapidez com que as mudanças económicas, políticas e culturais ocorrem, o que significa que nos dias de hoje há poucas representações que são verdadeiramente colectivas, logo num contexto moderno será mais adequado falar-se de representação social.

Moscovici (1961) refere-nos que a representação social constitui um sistema cognitivo de significações e de interpretações da realidade. Este aspecto da construção social da realidade reflecte as relações sociais, contribui para as consolidar, na medida em que elabora os comportamentos, influencia a comunicação e a conduta de cada um dos membros da sociedade.

Para Werba e Oliveira (1998), as representações sociais são:

Teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas colectivamente, que visam construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzirem comportamentos e interações com o meio, acções estas que modificam ambos. (p. 105)

Segundo Doise (1997) as representações sociais significam sempre «tomadas de posições simbólicas, organizadas de diversas formas, por exemplo, como opiniões, atitudes ou estereótipos...» (p. 248).

Jodelet (1997) relativamente à representação social cita-nos: «é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social» (p. 53).

Segundo Neto (1998) a definição anterior salienta a concepção dos modos de pensamento que nos relacionam com os outros, para os processos susceptíveis de interpretar e de reconstruir de forma significativa a realidade, para os fenómenos cognitivos que suscitam a pertença social dos indivíduos com implicações afectivas, normativas e práticas e incutem aos objectos uma particularidade simbólica própria nos grupos sociais, assim as representações revelam a expressão de identidades individuais e sociais.

Jodelet (1997) aponta como elementos fundamentais de uma representação: o seu conteúdo (informações, imagens, opiniões, atitudes, etc.), o objecto (trabalho a fazer, um acontecimento, uma personagem social) e o sujeito (indivíduo, família, grupo, classe) em relação a um outro sujeito. Na estrutura de cada representação é inseparável o aspecto

figurativo do aspecto simbólico. A cada figura corresponde um sentido e a cada sentido uma figura.

Para Abric (1997a) as representações sociais são um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, crenças e informações que se referem a um objecto ou a uma situação. São determinadas pelo sujeito (a sua história, as suas vivências), pelo sistema social e ideológico no qual está inserido, pela natureza dos laços que o sujeito mantém com esse sistema social.

Vala (1986a) diz-nos que as representações sociais «são teorias implícitas acerca de objectos sociais relevantes e como tal constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicação da realidade» (p. 5).

Segundo Wagner (1995) o conceito de representação social é multifacetado. Por um lado, a representação social constrói-se como um processo social que envolve comunicação e discurso, ao longo do qual significados e objectos sociais são construídos e elaborados. Por outro lado, e principalmente no que se relaciona ao conteúdo de pesquisas orientadas empiricamente, as representações sociais são operacionalizadas como atributos individuais, como estruturas individuais de conhecimento, símbolos e afectos distribuídos entre as pessoas em grupos ou sociedades.

Para Moscovici (1969, citado por Vala, 2000) as representações podem ser compreendidas a partir de duas perspectivas. Segundo a primeira perspectiva, as representações constituem o reflexo interno de uma realidade externa, havendo uma reprodução no espírito do que se encontra fora do espírito (perspectiva entendida como

uma reprodução). O autor considera que estas reproduções poderão estar sujeitas a enviesamentos que advêm do funcionamento do sistema cognitivo. A segunda perspectiva tem em consideração que não há ruptura entre o universo interno e o universo externo do indivíduo, considerando que o objecto e o sujeito não são essencialmente distintos (perspectiva entendida não como reprodução, mas sim como construção). As representações referem-se sempre a algo, constituem um signo de determinado objecto social, de igual forma, elas são necessariamente as representações de alguém, envolvendo a expressão de um sujeito. Para Vala (2000) a representação «exprime a relação de um sujeito com um objecto, relação que envolve uma actividade de construção e de simbolização» (p. 461).

Neto (1998) salienta-nos que na noção de representação social há aspectos a ter em conta, são eles:

- Na conceptualização das representações sociais verifica-se sempre a referência a um objecto. Para ser social, a representação é sempre uma representação de algo;
- As representações sociais mantêm uma relação de simbolização e de interpretação com os objectos, advindo de uma actividade construtora da realidade e de uma actividade expressiva;
- As representações sociais adquirem a forma de modelos que se sobrepõem aos objectos, na qual os tornam visíveis, e implicam elementos linguísticos, comportamentais ou materiais;
- As representações sociais são uma forma de conhecimento prático que nos levam a questionar-nos sobre os determinantes sociais da sua origem e da sua função social na interacção social da vida quotidiana.

## 1.2 – A Representação Social como Problema Social e Objecto de Investigação

Desde alguns anos que a problemática das representações tem merecido interesse por parte de um grande número de investigadores (psicólogos sociais, sociólogos, antropólogos e enfermeiros).

Para Vala (2000) é imensa a lista de domínios, objectos ou problemas para a compreensão dos quais o conceito de representação social foi julgado útil, demonstrando que se está «na presença de um campo de investigação vivo e orientado para a interrogação das interrogações do nosso tempo» (p. 464). O mesmo autor, destaca a pluralidade metodológica, temática e conceptual deste campo de pesquisa e alerta-nos relativamente ao pluralismo metodológico, que o conceito de representação social não se deve confundir com uma técnica ou método de investigação.

Assim atendendo ao referido no parágrafo anterior, encontramos estudos efectuados a partir da observação de tipo antropológico, estudos efectuados através de entrevistas qualitativas e de análise de conteúdo, estudos que se baseiam na análise quantitativa de questionários ou entrevistas e estudos experimentais ou quase experimentais, o que nos revela que o campo de investigação em questão se encontra, tal como nos cita Vala (2000): «à margem do debate entre os qualifrênicos e os quantifrênicos» (p. 464).

Para Moscovici (1982, citado por Vala, 1986a) o objecto de estudo das representações sociais «não se insere na continuidade dos paradigmas de investigação sobre a cognição social. Pelo contrário, tratar-se-á de um novo paradigma no estudo social» (p. 12).

Segundo Wagner e Elejabarrieta (1994) a investigação sobre as representações sociais difere da investigação habitual em psicologia, como por exemplo, da cognição social, dado que a investigação clássica desta preocupa-se pelas características gerais do processo de percepção, memória e juízo, que é entendida como uma característica psicológica universal do homem como membro da humanidade. Em contraste, segundo os mesmos autores, a investigação das representações sociais «focaliza-se em conteúdos específicos de sistemas de conhecimento que caracterizam os grupos sociais e as sociedades» (p. 822).

De Rosa (1994, citado por Werba & Oliveira, 1998) distingue três níveis de discussão e análise das representações sociais, são eles:

- Nível fenomenológico – na qual, as representações sociais constituem o objecto de investigação. Objectos que são elementos da realidade social, são modos de conhecimento, saberes do senso comum que surgem e se legitimam na conversação interpessoal quotidiana e que têm como objectivo compreender e controlar a realidade social.

- Nível teórico – é um conjunto de definições conceptuais e metodológicas, construtos, generalizações e preposições que dizem respeito às representações sociais.

- Nível metateórico – é o nível das discussões sobre a teoria. A este nível encontramos os debates e as refutações críticas que dizem respeito aos postulados e pressupostos da teoria, comparando-os com os modelos teóricos de outras teorias.

A distinção entre os três níveis é de extrema importância, pois a metodologia empregue nas representações sociais depende do objecto de estudo, e é acompanhada paralelamente por estes três níveis de discussão.

Para Abric (1997b) a representação funciona:

Como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos no seu meio físico e social, ela vai determinar os seus comportamentos ou as suas práticas. A representação é um guia para a acção, ela orienta as acções e as relações sociais. (p. 13)

Para Bauer (1995), as representações sociais são representações de alguma coisa sustentadas por alguém. É extremamente importante identificar o grupo que as veicula, bem como corresponder o conteúdo simbólico no espaço e no tempo, e relacioná-lo funcionalmente a um contexto inter-grupal específico. Uma representação pode mudar de grupo hospedeiro e vagar por entre grupos sociais, assumindo assim uma vida própria.

Segundo Vala (2000), uma das perspectivas de análise das representações sociais parte do estudo de grupos cujo posicionamento social envolve uma relação particular com o objecto das representações. Moscovici (1988, citado por Vala, 2000) distingue-nos três tipos de representações sociais: hegemónicas, emancipadas ou polémicas. Para o autor as representações sociais hegemónicas são uniformes, indiscutíveis e coercivas, equivalem-se ao conceito de representação colectiva proposto por Durkheim, designam formas de entendimento e significados largamente partilhados por um grupo dotado de uma forte estruturação (nação, partido, igreja, entre outros), e que estruturam o próprio grupo. Quanto às representações sociais emancipadas, estas traduzem a cooperação entre grupos, nos quais se partilham distintos significados acerca do mesmo objecto. Por último, as representações sociais polémicas originam-se no decurso dos conflitos sociais, são determinadas pela relações contraditórias ou de diferenciação que ocorrem entre grupos sociais, reflectindo acerca de um mesmo objecto, pontos de vista

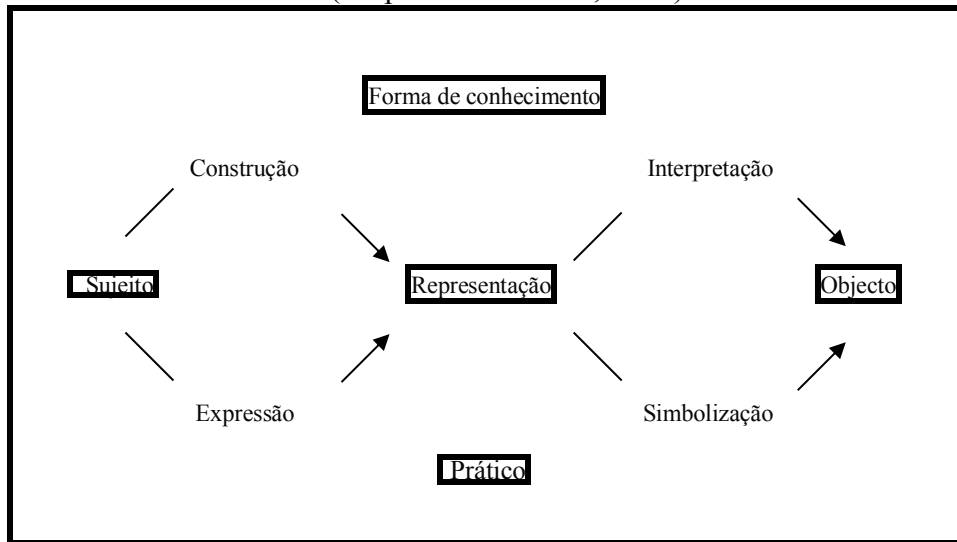
exclusivos.

Plou (1972) reforça-nos que a partir da posição social dos grupos, dos valores e das práticas que lhe estão associadas e da sua relação particular com o objecto da representação, decorrem formas específicas de produção de significado sobre esse mesmo objecto.

Para Werba e Oliveira (1998), o estudo das representações sociais permite descrever, mostrar uma realidade, um fenómeno que existe, do qual muitas vezes não nos apercebemos, mas que constitui um grande poder mobilizador e explicativo. Estes autores referem-nos ainda, que atendendo ao campo de abrangência e dinamismo da conceitualização da teoria das representações sociais, esta pode ajudar-nos a compreender de forma objectiva e subjectiva, as várias dimensões de uma realidade, quer seja física, social, cultural e/ou cognitiva.

Para Jodelet (1989, citado por Spink, 1995) o campo de estudo das representações sociais reúne dois debates importantes. Por um lado, um primeiro debate, na qual as representações emergem como uma modalidade de conhecimento prático orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação, por outro lado, um segundo debate, onde as representações emergem como construções com carácter expressivo, elaborações de sujeitos sociais sobre objectos socialmente valorizados. Como formas de conhecimento, as representações sociais são estruturas cognitivo-afectivas, não podendo reduzir-se unicamente ao seu conteúdo cognitivo. A sua compreensão passa pelo contexto que as engendra e pela sua funcionalidade nas interacções sociais do quotidiano (ver figura 1).

Figura 1 – Campo de estudos da representação social  
(adaptado de Jodelet, 1989)



Fonte: Spink, M (1995). Desvendando as Teoria Implícitas: Uma Metodologia de Análise das Representações Sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds), *Textos em Representações Sociais* (6.ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

As representações sociais, como formas de conhecimento prático, incluem-se essencialmente nas correntes que estudam o conhecimento do senso comum. O segundo eixo remete necessariamente à actividade do sujeito na elaboração das representações sociais.

Para Neto (1998), quando o investigador se debruça perante o conjunto dos trabalhos realizados no âmbito da teoria das representações sociais, depara-se com uma grande diversidade dos objectos estudados. Jodelet (1983, citada por Neto, 1998) destaca três áreas de investigação sobre as representações sociais, são elas:

- Uma área respeitante à difusão dos conhecimentos e com a vulgarização científica no campo social ou no campo educativo. Esta área, nos problemas e métodos, tende para a autonomia.

- Uma área, na qual inclui a noção de representação social como variável intermediária ou independente no tratamento, a maior parte das vezes experimental em laboratório, de questões clássicas de psicologia social, tais como a cognição, o conflito e

a negociação, bem como as relações interpessoais e as relações inter-grupais, entre outros. Uma das contribuições fulcrais desta área é a de ter estabelecido a intervenção de processos de interacção social e de modelos culturais na elaboração das representações e o papel destas últimas na determinação dos comportamentos.

- Uma área mais ampla, menos estruturada, na qual há uma apreensão das representações sociais, em contextos sociais reais ou grupos circunscritos na estrutura social, mediante formações discursivas diversas. Os estudos abordam objectos socialmente valorizados, sempre situados no centro de conflitos de ideias e de valores, a propósito dos quais os diferentes grupos sociais definem os seus contornos e as suas particularidades. Estão nesta área, por exemplo: o estudo de uma teoria científica como a psicanálise, efectuado por Moscovici (1961, citado por Neto, 1998); o estudo de suportes de valores sociais como a saúde, efectuado por Herzlich (1969, citado por Neto, 1998), o estudo da representação da doença mental, efectuado por Jodelet (1989, citada por Neto, 1998), entre outros.

Para Jodelet (1983, citada por Neto, 1998) entre as três áreas referenciadas existem pontos de convergência e de divergência, que podem ser encontradas a vários níveis, tais como a pertinência, a estrutura, os processos de constituição e as funções. Segundo a autora:

A disparidade das abordagens é originada por duas ordens de razões. Uma estão ligadas à complexidade dos fenómenos englobados na noção de representação social que permite operar diferentes cortes da realidade estudada e aplicar diferentes ópticas disciplinares, estudá-las em diferentes escalas. Outras estão ligadas à conjuntura intelectual na comunidade científica. (p. 466)

### 1.3 – Análise Psicossociológica da Representação Social

Segundo Neto (1998) verifica-se um acordo na abordagem da representação social como o produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real. O mesmo autor alerta-nos que o facto corrente de se distinguir nas investigações acerca das representações sociais, os produtos dos processos, trata-se de uma dissociação artificial, pois os mesmos são indissociáveis, na medida em que só se pode descobrir a obra nos seus efeitos, estudar os mecanismos na base da sua produção.

### *1.3.1 – A representação-produto*

Autores, como Abric (1976, citado por Neto, 1998), Moscovici (1961, citado por Neto, 1998), entre outros, consideram a representação-produto como um «universo de opiniões ou de crenças, organizadas à volta de uma significação central» (p. 452).

Segundo Moscovici (citado por Herzlich, 1972) a análise das representações sociais deve ser efectuada mediante o estudo de três dimensões, são elas: a informação, a atitude e o campo de representação.

A informação, segundo Moscovici (citado por Herzlich, 1972) refere-se à soma e à organização dos conhecimentos acerca do objecto de representação, quer em termos qualitativos, quer em termos quantitativos.

A atitude, segundo Moscovici (citado por Herzlich, 1972) diz respeito à orientação global, positiva ou negativa, do objecto de representação. Para Neto (1998), a atitude

possui uma função reguladora e uma função energética. A função reguladora é a função mais importante, pois além de orientar o comportamento, também regula as trocas com o meio. A função energética imprime uma determinada intensidade emocional e afectiva à orientação e à troca com o meio. Segundo Neto (1998), a atitude «é muitas vezes o aspecto mais fundamental, enquanto elemento mais arcaico, ou até mais resistente das representações» (p. 452).

O campo de representação, designa segundo Moscovici (1961), o conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objecto de representação. Segundo Neto (1998), esta dimensão remete-nos para os aspectos imagéticos da representação, isto é, remete-nos para: «a construção significativa que é feita do objecto integrando e interpretando as informações de que o sujeito dispõe – com a ideia de uma organização ou de uma hierarquia de elementos» (p. 454).

Para Moscovici (1961) a análise ao nível dos três elementos constitutivos, referidos anteriormente:

Distingue opiniões, atitudes, estereótipos como sendo modos de formação da conduta para com um objecto socialmente significativo. A estrutura do universo de opiniões que tenta descobrir faz da atitude uma das dimensões, não estando as duas outras acopladas sobre a conduta. Em conjunto, as três dimensões permitem apreender a natureza e o grau de coerência de uma representação social, estabelecer o seu papel na definição das fronteiras de um grupo, e enfim tomar possível uma análise comparativa. (p. 292, 293)

### *1.3.2 – A representação-processo*

Segundo Moscovici (1961, citado por Vala, 2000), a formação e o funcionamento das representações sociais, enquanto teorias sociais particulares, tem subjacentes dois processos maiores: a objectivação e a ancoragem. Estes dois processos encontram-se inter-relacionados. Neste sentido, a representação social é simultaneamente um processo em produto.

#### 1.3.2.1 – Objectivação

Para Wagner e Elejabarrieta (1994) na vida quotidiana, muitas das coisas importantes que bem conhecemos, das quais falamos imensas vezes, não possuem uma realidade concreta (como por exemplo, o amor, a amizade, entre outras). Contudo, diariamente as vemos e falamos delas como se constituíssem coisas concretas. A objectivação é o mecanismo que permite a concretização do abstracto.

Segundo Vala (2000), a objectivação «permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos» (p. 502).

Para Werba e Oliveira (1998) a objectivação é:

O processo pelo qual procuramos tornar concreto, visível uma realidade. Procuramos aliar um conceito com uma imagem, descobrir a qualidade icónica, material, de uma ideia, ou de algo duvidoso. A imagem deixa de ser signo e passa a ser uma cópia da realidade. Um dos exemplos fornecidos por Moscovici refere-se à religião. Ao

chamar de “pai” a Deus, está-se objectivando uma imagem jamais visualizada (Deus), em uma imagem conhecida (pai), facilitando assim a ideia do que seja “Deus”. (p. 109)

Segundo Moscovici, (1961, citado por Vala, 1986a), o processo de objectivação inclui dois momentos. O primeiro momento vai do objecto à sua imagem, o segundo momento vai da imagem à naturalização da realidade social. O primeiro momento do processo de objectivação caracteriza-se pela construção selectiva e pela esquematização estruturante, isto é, pela reorganização dos objectos retidos num modelo figurativo e simplificado do objecto. Quanto ao segundo momento, este é marcado pela naturalização do objecto, na qual o abstracto se torna numa realidade plena.

Para Vala (2000) a construção selectiva, implica uma selecção e descontextualização de certas informações, crenças e ideias acerca do objecto. O que está em causa é a formação de um todo relativamente coerente, o que implica que apenas uma parte da informação disponível acerca do objecto seja útil.

Segundo Neto (1998) a selecção é extremamente importante, na medida em que para o produto da representação se possa tornar funcional, deve limitar-se a alguns elementos acessíveis. Para o autor é impossível objectivar toda a informação acerca de um objecto.

Allport e Postman (citado por Vala, 2000), constatarem que se verifica uma redução em certos elementos de uma mensagem, de forma a torná-la mais breve e mais precisa, mais comunicável e útil. Esta redução é acompanhada de uma acentuação, em que certos elementos são esquecidos em detrimento de outros que são desenvolvidos e tornados

nucleares na nova mensagem.

Neto (1998) refere-nos que o fenómeno da descontextualização surge essencialmente na transformação das ideias científicas em conhecimento quotidiano.

A segunda fase do primeiro momento da objectivação corresponde à organização dos elementos, à sua esquematização estruturante. Para a sua explicação, Vala (2000) recorre aos conceitos de esquema ou nó figurativo, visando evocar o tipo de organização das noções básicas que formam uma representação. As relações entre os conceitos abordam uma dimensão imagética ou figurativa, na qual uma imagem corresponde a um elemento de sentido, permitindo a materialização de um conceito ou de uma palavra. Para Neto (1998), o esquema figurativo (considerado o núcleo organizador da representação) permite ao grupo social falar mais facilmente acerca da ideia ou do contexto representado, pois «tal simplificação numa imagem tem o condão de permitir conversar e de compreender de modo mais simples o mundo e nós próprios» (p. 456).

Quanto ao segundo momento, para Moscovici (citado por Vala, 2000), a naturalização permite a operacionalização dos conceitos. Os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações constituem-se como categorias naturais e adquirem materialidade. O abstracto torna-se concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, a percepção torna-se realidade, tornando assim equivalentes a realidade e os conceitos.

Na naturalização, segundo Wagner e Elejabarrieta (1994), quando substituímos os conceitos abstractos por imagens, reconstruímos esses objectos, aplicamos-lhe figuras que nos parecem naturais para a sua apreensão, explicação e convivência, constituindo

estas imagens a realidade quotidiana em que nos desenvolvemos.

### 1.3.2.2 – Ancoragem

Moscovici, (1984, citado por Billig, 1993), denominou de ancoragem a segunda categoria de processos relativos à formação das representações sociais. Processos estes, na qual o não familiar se torna familiar, o estranho se torna conhecido.

Para Moscovici (1961) «se a objectivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais» (p. 318).

Segundo Neto (1998) «a objectivação reflecte a intervenção do social na representação, a ancoragem traduz a intervenção da representação no social» (p. 459).

Vala (1986a) citando Moscovici, resume o processo de ancoragem da seguinte forma: «o processo de ancoragem refere a integração do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e as transformações que daí decorrem quer no objecto, quer no sistema em que é integrado» (p. 15).

Wagner e Elejabarrieta (1994) tendo como base Moscovici, referem-nos que a ancoragem diz respeito à incorporação do estranho e abstracto numa rede de categorias e significações. Os autores destacam duas modalidades que permitem descrever o funcionamento da ancoragem, são elas:

- a inserção do objecto da representação num marco de referência conhecido e pré-existente;

- a instrumentalização social do objecto representado, na qual as representações sociais se convertem em sistemas de leitura da realidade social, expressando e contribuindo para desenvolver os valores sociais existentes.

Para Vala (2000) as representações sociais fornecem uma rede de significados que possibilitam a ancoragem da acção e a atribuição de sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos e factos sociais. Para o autor, uma representação social trata-se de um código de interpretação, em que ancora o não familiar, o desconhecido, o imprevisto. A ancoragem é responsável pela produção de transformações nas representações já constituídas.

Os fenómenos descritos através do conceito de ancoragem aproximam-se dos que alimentam o conceito de categorização. Conhecer é, então, classificar e atribuir um nome, rotular é um conjunto de classes, é o que aparece num sistema de categorias. Para Moscovici (1984, citado por Vala, 2000) as representações sociais serão, assim: «o quadro no interior do qual adquirem sentido os sistemas de categorização» (p. 475).

Moscovici (1981, 1982, 1984, citado por Vala, 1986a) têm proposto a ligação entre os processos de objectivação e ancoragem e o processo de categorização. Para Vala (1986a) o aprofundamento da ligação referida, facilitará a análise, em termos psico-sociológicos, ao nível da formação e da dinâmica de uma representação social.

O conhecimento acerca dos processos de categorização tem-se desenvolvido na psicologia social, graças aos trabalhos de Bruner (1958, citado por Vala, 1986a) e de Tajfel (1982, citado por Vala, 1986a), entre outros. Os indivíduos sistematizam os objectos, utilizando uma estrutura hierarquizada em categorias, face ao grande fluxo de informações e face à ambiguidade do meio ambiente. Tajfel (1982, citado por Vala, 1986a) reforça o papel dos valores e da cultura na elaboração das categorias sociais, bem como na atribuição de uma categoria a um indivíduo, grupo ou acontecimento social. As categorias encontram-se organizadas entre si e é a rede de relações que determinam os atributos que as caracterizam e que as diferenciam, permitindo dar sentido aos objectos sociais e tornando as categorias instrumentais, constituindo-as como um sistema de avaliação e explicação da realidade social. Assim, para Vala (1986a) é provável conceber a representação como uma manifestação do processo de categorização.

Ainda segundo Vala (1986a), a elaboração de uma representação reflecte o sistema de categorias disponível num grupo (é o sistema de categorias pré-existente que orienta a avaliação, a construção selectiva e a esquematização do objecto, tornando conhecido o desconhecido), ao mesmo tempo que é geradora de transformações nesse sistema de categorias, porque uma vez construída, a representação «oferece novas categorias e novas relações entre categorias, vistas como um reflexo objectivo do próprio real» (p. 16).

O processo de ancoragem diz respeito à assimilação de um objecto novo por objectos já existentes no sistema cognitivo. Estes objectos são as âncoras que permitem construir a

representação do novo objecto. Estudar o processo de ancoragem significa, segundo Vala (2000) «inventariar as âncoras que sustentam uma representação e, por isso, modelam os seus conteúdos semânticos» (p. 475).

#### 1.4 – Organização e Dinâmica das Representações Sociais

Uma proposta formulada por uma escola francesa contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento teórico e metodológico das representações sociais, na medida em que se debruçou acerca do seu processo de organização e de transformação.

##### *1.4.1 – A teoria do núcleo central: a proposta de Aix-en-Provence*

Uma série de autores, provenientes maioritariamente da cidade francesa Aix-en-Provence preocuparam-se com a análise da estrutura interna das representações sociais e com as suas relações com as práticas sociais, dando origem a uma linha de pensamento intitulada com o nome dessa cidade.

Quanto à organização interna, Abric (1997b) e Flament (1997), tendo como base a ideia do núcleo figurativo, sugerem que a representação se organiza em torno do núcleo central que possui uma função estruturante e gera o sentido de todo o campo representacional, funcionando como uma identidade com dois sistemas: o sistema central e o sistema periférico.

Para Abric (1997b) este núcleo central constitui o elemento fundamental da

representação, pois determina a organização da representação e gera a significação dos elementos da representação. Nesse sentido, o núcleo é responsável por duas funções:

- função geradora, na medida em que é no seu interior que se criam ou transformam as significações dos outros elementos que constituem a representação;

- função organizadora, na medida em que é o núcleo que determina a natureza das ligações que unem as partes da representação, assumindo-se assim como um elemento unificador e estabilizador.

Segundo Wagner e Elejabarrieta (1994), se desaparecessem alguns dos elementos do subconjunto que compõe o núcleo central, a significação (a representação) seria totalmente diferente.

Ainda segundo Abric (1997b), em volta do núcleo central organizam-se os elementos periféricos, que ficam em relação directa, dependência com o mesmo, o que significará que a sua presença, a sua ponderação, o seu valor e a sua função serão determinados pelo núcleo central. São três as funções dos elementos periféricos:

- função de concretização – concretizam o sistema central na realidade, integrando os elementos da situação na qual se produz a representação;

- função de regulação – os elementos periféricos desempenham um papel importante na adaptação da representação às evoluções do contexto, na medida em que integram os elementos susceptíveis de pôrem em causa os fundamentos da representação, reinterpretando-os no sentido da significação central. Face à estabilidade do núcleo central, constituem o aspecto movente e evolutivo da representação;

- função de defesa – funciona como o sistema de defesa da representação, denominado por Flament (1987, citado por Abric 1997b) como o “para-choques” do

núcleo central, na qual na maior parte dos casos a transformação da representação ocorre através da transformação dos seus elementos periféricos: mudança da ponderação, novas interpretações, deformações funcionais defensivas, integração condicional de elementos contraditórios.

Segundo Wagner e Elejabarrieta (1994), dado que relativamente ao núcleo central, o sistema periférico é muito mais sensível ao contexto, tal conduz a uma «adaptação dos grupos e indivíduos às situações específicas e permite integrar as experiências individuais» (p. 837). Desta forma, segundo os autores, compreende-se o porquê das variações ou modulações individuais das representações.

Ainda segundo os autores anteriores, o núcleo central constitui o elemento mais estável, coerente e rígido da representação, sendo aquele que mais resiste à mudança, pois está fortemente ancorado sobre a memória colectiva do grupo que o elabora (sobre as suas condições históricas e sociais).

Segundo Neto (1998) a transformação radical de uma representação acontece quando o núcleo central é posto em causa, enquanto que a transformação superficial de uma representação acontece quando ocorre uma mudança do sentido ou da natureza dos elementos periféricos.

Regra geral as práticas sociais são coerentes com as representações sociais. Para Abric (1994, citado por Vala, 2000) e para Flament (1987, citado por Vala, 2000), quando se verifica uma contradição entre as práticas e a representação, estas originam novos elementos periféricos, mantendo-se protegido o núcleo central da representação. Se as

práticas contraditórias ocorrem em situações irreversíveis, pode ocorrer uma transformação do núcleo central da representação, alterando a respectiva representação.

Flament (1997) sugeriu-nos que os elementos periféricos de uma representação podem ser considerados como esquemas, estes sendo organizados pelo núcleo central, irão assegurar um funcionamento quase instantâneo das representações. Tais esquemas indicarão “o que é normal”, “o que falta compreender, memorizar”, o “que é bom pensar”. Para o autor são essencialmente as práticas novas que vão condicionar a transformação da representação, cujo seu carácter reversível ou irreversível, irão fundamentar mudanças nas representações. Para o autor, teoricamente as transformações podem ser de três tipos:

- resistente – a contradição directa entre os elementos periféricos estranhos que surgem e a generalidade dos outros elementos, activa os mecanismos de defesa do núcleo central, só a persistência e a multiplicação do seu efeito acumulativo pode fazer ceder o núcleo, podendo assim transformar a representação;

- progressiva – a integração das práticas novas não estão em plena contradição com o núcleo central, logo os esquemas activados podem modificar a representação sem ruptura do núcleo;

- brutais – assim classificadas, porque surgem a partir das práticas em absoluta contradição, que vão afectar directamente a significação do núcleo central, tornando inviável a mobilização dos mecanismos defensivos, resultando daí uma mudança radical da representação.

#### *1.4.2 – Condições que influenciam a formação e dinâmica das representações sociais*

Moscovici (1961) é responsável pela primeira investigação consistente da teoria das representações sociais, efectuada em Paris, que deu origem a uma obra intitulada “*La Psychanalyse: son image et son public*” publicada em 1961, na qual o autor descreve três condições que influenciam a formação e dinâmica das representações sociais:

- A existência de uma dispersão da informação relativamente aos objectos do nosso meio ambiente. Na qual, por um lado se verifica um desfasamento entre a informação fornecida e aquela que seria necessária para apropriação do objecto, pois a informação é geralmente insuficiente e ambígua, por outro lado há uma desigualdade de distribuição da informação de grupo para grupo, em que o acesso dos indivíduos à informação não é aleatório, mas socialmente controlado;

- Os indivíduos e os grupos centram a sua atenção em aspectos diferentes do meio, diferentes objectos, em função dos seus interesses, posições sociais, códigos e valores;

- Dado que os indivíduos e grupos possuem necessidade de dar resposta às solicitações do seu meio, opera neles uma pressão para a inferência (transição lógica de um juízo para outro).

Segundo Vala (1986a) estas três condições referidas no parágrafo anterior demonstram já, algo do valor funcional das representações, bem como o seu carácter social.

### 1.5 – Funções das Representações Sociais

Para Vala (1986a) quando questionamos os processos que estão na base da produção das representações sociais, surge um novo problema que nos suscita a sua análise, o das

funções das representações.

Para Moscovici (1961), as representações sociais revestem-se de uma funcionalidade específica, é ela: «contribuir para os processos formadores e para os processos de orientação das comunicações e dos comportamentos» (p. 307). A resolução de problemas, o dar forma às relações sociais, a oferta de um instrumento de orientação dos comportamentos, constituem fortes razões para se edificar uma representação social.

Para Vala (2000) as representações sociais possuem uma função «de atribuição de sentido ou a organização significativa do real» (p. 479). Ainda segundo o autor, esta função não é independente das funções de explicação e de argumentação, de orientação dos comportamentos, de diferenciação inter-grupal e de criação de identidade social.

Tajfel (1982, citado por Vala, 2000) definiu três funções sociais dos estereótipos, são elas: a causalidade social ou explicação dos acontecimentos sociais; a justificação dos comportamentos; a diferenciação social. Relativamente a estas funções, Vala (2000) cita-nos que «estas mesmas funções podem, com propriedade, ser aplicadas às representações sociais» (p. 479).

Segundo Abric (1997b) podemos identificar quatro funções essenciais, são elas:

- A função do saber – permitem a compreensão e explicação da realidade. Como diz Moscovici (1981, citado por Abric, 1997b) por um lado trata-se de um saber prático do senso comum na qual as representações permitem aos actores sociais adquirir e integrar os conhecimentos num quadro assimilável e compreensível, em coerência com o seu

funcionamento cognitivo e com os valores aos quais aderem; por outro lado, facilitam (são mesmo condição necessária) a comunicação social. As representações sociais definem o quadro de referência comum que permite a permuta social, a transmissão e a difusão desse saber “ingênuo”. Manifestam assim o esforço permanente do homem para compreender e para comunicar.

- A função identitária – definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos. Atribui às representações um lugar primordial nos processos de comparação social. Segundo o autor: «a referência às representações definindo a identidade de um grupo vai por um lado desempenhar um papel importante no controle social exercido pela colectividade sobre cada um dos membros, em particular no processo de socialização» (p. 16).

- A função de orientação – guiam os comportamentos e as práticas. O sistema de pré-descodificação da realidade que constitui a representação social em causa, servindo de guia para a acção. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável num dado contexto.

- A função justificativa – permitem à posteriori, justificar a tomada de posições e o comportamento a adoptar. Intervêm como garantia de acção permitindo assim aos actores explicar e justificar as suas condutas numa dada situação. Por exemplo, em situações de relações competitivas, vão sendo progressivamente elaboradas as representações dos grupos adversos, visando atribuir características que justifiquem comportamentos hostis. Assim as representações, tal como os estereótipos, podem ser responsáveis pela discriminação ou a manutenção de uma distância social entre os grupos.

Abric (1997b) relativamente às funções da representação, cita-nos:

A representação é informativa e explicativa da natureza dos vínculos sociais, intra e inter-grupos, e das relações dos indivíduos com o seu meio social. Por isso ela é um elemento essencial na compreensão dos determinantes dos comportamentos e das práticas sociais. Pelas suas funções de elaboração de um senso comum, de construções da identidade social, pelas expectativas e antecipações que ela gere, ela está na origem das práticas sociais. Pelas suas funções justificativas, adaptativas e de diferenciação social, ela é dependente das circunstâncias exteriores e das próprias práticas, ela é moldada ou induzida pelas práticas. (p. 18)

A análise das funções das representações é indispensável à compreensão da dinâmica social, daí o valor heurístico da própria representação (Abric, 1997b).

#### 1.6 – Representação Social da Velhice em Enfermeiros

Num estudo efectuado por Almeida (1999) relativamente às crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano, na qual a autora teve em conta como temas a explorar, a concepção de envelhecimento, a concepção de ser velho / ser idoso, a concepção de velhice e atributos de velhice, quanto à representação social de velhice, a visão que mais predominou acerca da mesma, foi a perda das capacidades físicas e intelectuais, como se pode observar no quadro 1 apresentado seguidamente.

#### Quadro 1 – Representação da velhice em enfermeiros

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

Fonte: Almeida, M.L. (1999). Crenças Acerca do Envelhecimento Humano. *Revista Referência*, 3, 7-14.

Num estudo efectuado por Miranda e Miranda (1998), acerca das representações que o enfermeiro tem do idoso, a resposta que mais predominou relativamente ao ser-se idoso, foi a de ser uma pessoa com limitações (tal como podemos verificar em seguida, no quadro 2), levando os autores a inferir que a maior parte dos enfermeiros tem uma imagem negativa do ser-se idoso.

Quadro 2 – O idoso para os enfermeiros

Categorias	Nº de registos
Pessoa com limitações	17
Pessoa com idade convencional	15
Pessoa com “mais valia”	8
Pessoa com alterações físicas	3
Produto das suas vivências	2

Fonte: Miranda, L., & Miranda, J. (1998). As representações que o enfermeiro tem do idoso. *Revista Sinais Vitais*, 19, 21-25.

Nesse mesmo estudo os autores questionavam aos enfermeiros, quais as principais características que melhor caracterizavam o idoso, os resultados obtidos (apresentados seguidamente no quadro 3) levaram os autores a inferir que a maior parte dos enfermeiros tem uma visão predominantemente negativa acerca do ser-se idoso.

Quadro 3 – Características dos idosos

<b>Categorias</b>	<b>N.º de registos</b>
Imagem depreciativa	37
Pessoa envelhecida bio-psico-socialmente	20
Imagem positiva	15
Auto desvalorização	3
Ligação ao passado	4
Espiritualidade	1

Fonte: Miranda, L., & Miranda, J. (1998). As representações que o enfermeiro tem do idoso. *Revista Sinais Vitais*, 19, 21-25.

Os autores pretendiam também conhecer se as vivências dos enfermeiros influenciavam a sua visão acerca da velhice, as conclusões que os mesmos chegaram referem-se à existência de diferenças significativas relativamente ao género, local de trabalho e relativamente ao facto de se viver em casa com idosos (definido idoso como pessoa  $\geq 65$  anos).

Num trabalho elaborado por Juan Pascual et al (1997), que visava estudar o que opinavam os jovens acerca dos anciãos, efectuado a 150 estudantes com idades compreendidas entre 18-25 anos (na qual 75 eram estudantes de enfermagem, os outros 75 eram estudantes de diversos cursos universitários), as conclusões a que chegaram foram:

- Os jovens vêem a velhice como sendo algo que está muito longe, como algo positivo e bom em si, contudo ter que enfrentar a visão da sua própria velhice, assusta-os. Segundo os autores, os jovens querem «viver a sua vida, desfrutar dela e não envelhecer» (p. 69).

- Comparativamente, os estudantes de enfermagem são os que em termos percentuais, temem mais a velhice. Segundo os autores, tal se deverá possivelmente devido ao contacto directo com idosos com problemas (enfermos terminais, abandonos familiares, entre outros).

- Aqueles jovens que convivem com idosos em casa, temem mais a velhice, vêem-na como algo mais real do que aqueles jovens que não convivem com os idosos.

Realçando a necessidade e a importância de continuarmos a pesquisar acerca das representações sociais da velhice, numa perspectiva multidisciplinar, Moñivas (1998) cita-nos:

Deve-se continuar com uma reflexão e um esforço conjunto e continuado de instituições, investigadores e profissionais, sobre as suas próprias representações sociais acerca da velhice, para difundir, através da prática quotidiana e dos meios de comunicação, os actuais conhecimentos científicos acerca do envelhecimento normal, que é maioritário, e mudar as atitudes preponderantes da população face ao envelhecimento representado como patológico, que estatisticamente é menor. (p.19)

## CAPÍTULO II – A VELHICE

Para Canella (2001) ao longo da história da vida humana, muitos apontamentos se escreveram acerca do conceito de velhice. Uns veneravam-na, outros amaldiçoavam-na.

### 2.1 – Conceitos de Velhice

Segundo Fernández-Ballesteros (2000) etimologicamente velhice deriva de velho, que procede do latim *veclus*, *vetulum*, definido como «pessoa de muita idade» (p. 39). Para esta autora, distintos vocábulos se utilizam para denominar as etapas da vida que correspondem a distintas idades, tais como: infância, juventude, idade adulta, velhice.

Em Psicologia, numerosas teorias do desenvolvimento humano postulam a existência de um série de etapas ou estádios na vida do ser humano. A maior parte delas ocupam-se das primeiras etapas da vida, como o fez Piaget (citado por Fernández-Ballesteros, 2000). Seguindo essa mesma linha, Erikson (1950, citado por Fontaine, 2000) aporta uma visão evolutiva, desde o nascimento até à morte, na qual nos apresenta oito estádios, que vão desde a primeira infância até à velhice, considerando a velhice como a última etapa da vida.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) consideram que a velhice é a última fase do ciclo de vida, na qual o organismo sofre transformações sucessivas.

Para Robert (1995) desde Hipócrates até ao Século das Luzes, a idade de 50 anos era

considerada como a transição da idade adulta para a velhice.

Fontaine (2000) define velhice como «o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos» (p. 14).

Segundo Carvalho (1989) ao longo da história se tem verificado diferentes interpretações quanto à idade que delimita o início da velhice.

Para Grazina e Oliveira (2001) a velhice é o período de vida que tem início pelos 65 anos e finaliza com a morte, contudo em termos fisiológicos, é extremamente difícil circunscrever os limites temporais.

Para Laforest (1991, citado por Carrajo, 1999) é extremamente difícil definir velhice, pois a mesma pode-se definir segundo diversos pontos de vista. Contudo, atendendo às numerosas definições que se encontram na literatura gerontológica, pode-se reagrupar as mesmas segundo várias dimensões, são elas: a biológica, sociológica e cronológica. Carrajo (1999) acrescenta a essas agrupações, a dimensão psicológica e funcional.

Carrajo (1999) diz-nos que a dimensão biológica contempla a velhice com base nas alterações físicas que se verificam no organismo humano, à medida que os anos passam. Cita-nos como exemplo: «os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação; produzem-se alterações da imunidade face às doenças; os órgãos e sistemas corporais reduzem a velocidade e a capacidade das suas funções...» (p. 78).

A dimensão cronológica contempla a velhice com base na idade cronológica. Esta

constitui segundo Carrajo (1999) uma construção moderna, fruto da sociedade industrial. Assim tal como a infância que é medida puramente em termos de anos, também a velhice o será. Neugarten (1975, citado por Fernández-Ballesteros, 2000) delimita a velhice cronológica em duas categorias: uma que abarcaria os indivíduos dos 55 anos aos 75 anos, outra que abarcaria os indivíduos a partir dos 75 anos. Pinto (2001) alerta-nos para a inexistência de consenso quanto à limitação da idade dos grandes grupos, na qual devem sustentar a análise do envelhecimento. Para a Organização das Nações Unidas (ONU) adopta os 60 ou mais anos, contudo nos seus cálculos de dependência adopta os 65 ou mais anos. O Conselho Europeu adopta também os 65 ou mais anos.

A dimensão sociológica considera que a velhice é um conceito relativo, no qual contempla o contexto onde os acontecimentos se definem socialmente. A definição social de velhice atribui significado aos acontecimentos de vida. Exemplo disso verifica-se na citação de Laforest (1991, citado por Carrajo, 1999), que nos diz que «a velhice é a idade da reforma como consequência do declive biológico acareado pelo processo de envelhecimento» (p. 79).

A dimensão psicológica contempla a velhice com base nas alterações cognitivas e afectivas que se verificam com o avançar da idade (Carrajo, 1999).

Para Fernández-Ballesteros (2000) a velhice pode ser classificada em termos funcionais, como “velhice normal”, “velhice patológica” ou “velhice saudável, competente, satisfatória ou com êxito”. A velhice normal refere-se à velhice que cursa sem patologias, enquanto que a patológica refere-se à velhice que está associada a

patologias múltiplas, regra geral crónicas. Segundo Izal e Montorio (1999) a diferenciação entre normal e patológico acarreta importantes implicações sociais e clínicas. Quanto à “velhice saudável, competente, satisfatória ou com êxito”, Rowe e Kahn (1997, citado por, Fernández-Ballesteros, 2000) cita-nos a mesma da seguinte forma: «baixa probabilidade de doença e de incapacidade associada com um alto funcionamento cognitivo e capacidade física funcional e com um compromisso activo com a vida» (p. 41).

## 2.2 – O Envelhecimento como um Processo da Velhice

Segundo Fernández-Ballesteros (2000) o conceito de envelhecimento é distinto do conceito de velhice, pois por envelhecimento entende-se como um processo que ocorre desde o nascimento até à morte, enquanto que a velhice é um estado do indivíduo, supõe uma etapa da vida, a última.

Filho e Alencar (1998) entende o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas, na qual implicam uma perda da capacidade do indivíduo ao meio ambiente, bem como uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte.

Para Fontaine (2000) os grandes investigadores do século XIX, como Charcot, difundiram uma imagem extremamente negativa à concepção do envelhecimento, utilizando qualificativos como decadência, deterioração ou desestruturação.

Segundo Pinto (2001), nas primeiras décadas de vida, o envelhecimento, em termos de percepção individual, não nos preocupa muito, pois estamos num período de crescimento. É essencialmente a partir da década 40, 50 que surge essa preocupação, quando surgem as primeiras rugas, quando diminui a capacidade de desempenho das actividades de vida diária ou porque possuímos um familiar, um amigo mais chegado que nos manifesta sinais evidentes de envelhecimento. Nos países desenvolvidos, sobretudo na Europa, a percepção do envelhecimento demográfico é cada vez mais uma realidade.

Para Almeida (1999) o conceito de envelhecimento forma-se com base numa pluralidade de elementos, tais como os valores, os padrões de comportamento, o sistema moral, os costumes e as experiências prévias de cada um, fruto da própria formação de cada indivíduo e/ou fruto do contacto social. Num estudo efectuado pela autora, relativo às crenças dos enfermeiros, acerca do envelhecimento humano, verifica-se que emerge a concepção do envelhecimento como um processo fisiológico, como se pode observar no seguinte quadro 4.

Quadro 4 – Representação do envelhecimento

<b>Subcategorias</b>	<b>Total</b>
Processo fisiológico	18
Processo de perda a nível físico	14
É caminhar no tempo	13
É social	8
É psicológico	6
Período de transição	2

Fonte: Almeida, M.L. (1999). Crenças Acerca do Envelhecimento Humano. *Revista Referência*, 3, 7-14.

A compreensão do processo de envelhecimento que transformam a nossa velhice num momento feliz ou num verdadeiro naufrágio, tem sido investigado por numerosos

cientistas (Fontaine, 2000).

### *2.2.1 – Teorias do envelhecimento*

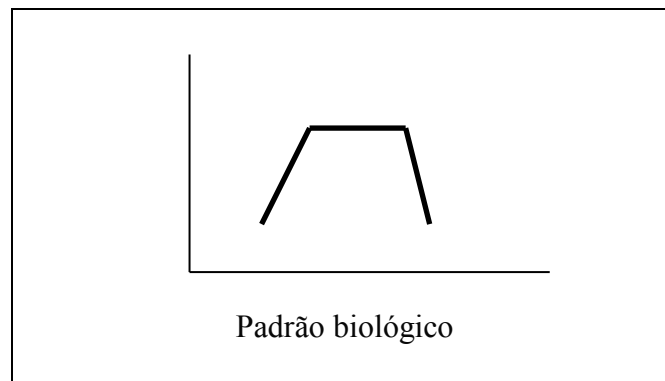
Segundo Pinto (2001) de ano para ano, aumenta o número de propostas que visam explicar o processo de envelhecimento. Para esta autora, tal se deve não só à inquietude dos investigadores, mas também porque todos os dias, directamente ou indirectamente o mesmo nos diz respeito.

Medvedov (citado por Ermida, 1999) em 1990, recenseou cerca de 300 teorias que visavam explicar o envelhecimento, respeitantes ao período compreendido entre o século XVIII e o ano desse recenseamento.

#### *2.2.1.1 – Teorias do envelhecimento biológico*

Fernández-Ballesteros (2000) diz-nos que os biólogos têm contribuído com imensas teorias que tentam explicar o processo de envelhecimento. Para esta autora, toda a teoria biológica contempla que o organismo individual experimenta três etapas essenciais, são elas: crescimento e desenvolvimento; maturação; declive e morte. Ainda segundo a autora, todas estas etapas se sucedem, a não ser que existam erros biológicos ou morte provocada por um acidente do organismo, bem como, devido a uma alteração plástica e/ou funcional que provoque a morte do indivíduo. Seguidamente na figura 2 podemos observar a representação esquemática do envelhecimento biológico.

Figura 2 – Representação esquemática do envelhecimento biológico



Fonte: Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) referem-nos que o envelhecimento se trata de um fenómeno multidimensional, fruto da acção de mecanismos como a disfunção do sistema imunológico, a programação genética, as lesões celulares, as modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética.

### **Teoria imunitária**

Alguns autores consideram que com o passar dos anos, surgem alterações ao nível do sistema imunológico que podem ter um papel etiológico no envelhecimento. Especificam que o envelhecimento se deve à formação de anticorpos que atacariam as nossas próprias células sãs, aumentando assim a perda celular (Belsky, 2001).

### **Teoria genética**

A teoria genética considera que o envelhecimento é a última etapa de um processo genético previamente definido e orientado (Berger & Mailloux-Poireier, 1995).

Segundo Pfeiffer et al (2000) as teorias genéticas são as teorias que actualmente recebem mais atenção, dado que os fenómenos biológicos relacionados com a idade parecem ter a sua base em acontecimentos que se produzem ao nível genético, levando os autores a postular que o envelhecimento é um fenómeno programado geneticamente, no qual cada espécie animal, onde se inclui o homem, possui uma duração máxima de vida.

### **Teoria do erro na síntese proteica**

Quanto à teoria do erro na síntese proteica, Berger e Mailloux-Poireier (1995) dizem-nos que a mesma visa explicar que o envelhecimento deve-se à morte celular, por acção das roturas ao nível da cadeia da molécula do ADN ou por acção das alterações de posição dos compostos químicos dessa cadeia que vão falsear a informação genética, fazendo com que a célula não produza as proteínas necessárias à sobrevivência.

### **Teoria do desgaste**

Para Fernández-Ballesteros (2000) esta teoria compara o envelhecimento à utilização de uma máquina, em que quanto mais se usa, mais depressa se gasta, o mesmo se passa com o nosso organismo, em que os elementos dos sistemas biológicos acabam por gastar-se.

### **Teoria dos radicais livres**

Os radicais livres formam-se normalmente aquando da respiração celular, contudo quando a sua produção se excede, as mesmas se tornam potencialmente tóxicas para o organismo (Carvalho, 1989).

Para Filho e Alencar (1998) a teoria dos radicais livres foi proposta por Denham Harmon em 1956, na qual nos diz que o envelhecimento se deve à acção nefasta de certas moléculas que surgem das reacções metabólicas, denominadas de radicais livres.

### **Teoria neuro-endócrina**

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) esta teoria diz-nos que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico se deve às alterações das funções neuro-endócrinas.

Reis (1995) refere-nos que o envelhecimento é inevitável, pois as funções fisiológicas diminuem com a idade, fazendo com que diminua a capacidade de adaptação do organismo às condições ambientais. Para este autor certo é que se torna ilusória a tentativa de explicar o envelhecimento através de uma única causa, de um único mecanismo.

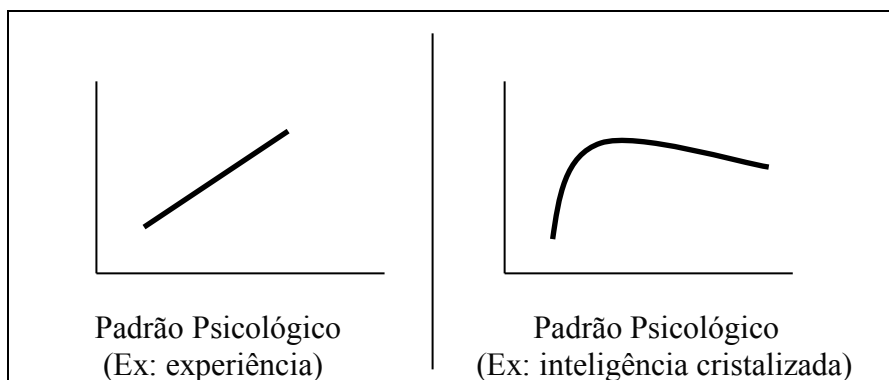
#### 2.2.1.2 – Teorias do envelhecimento psicossocial

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) tal como o envelhecimento biológico, também o envelhecimento psicossocial suscitou imensa curiosidade e imensas dúvidas por parte dos investigadores. Surgem assim várias teorias, com o objectivo de explicar a influência dos factores culturais e sociais sobre o envelhecimento.

Para Fernández-Ballesteros (2000), não existem propriamente teorias psicossociais explicativas do envelhecimento e da velhice, existem sim descrições de alterações

que se produzem com a idade, no funcionamento psicológico das pessoas. Esta autora alerta-nos que, com a idade, também ocorrem alterações em termos de crescimento, estabilidade ou declive, contudo não seguem o padrão habitual apontado no padrão biológico, pode assim assumir várias formas, como se pode observar nos exemplos do padrão psicológico, apresentados seguidamente de forma esquemática, na figura 3.

Figura 3 – Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico



Fonte: Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Para Paúl (1996), as teorias relativas à satisfação de viver podem dividir-se em dois grandes grupos, são eles: a teoria da actividade e a teoria do desligamento.

### Teoria da actividade

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995), esta teoria diz-nos que com o intuito de obter a maior satisfação possível, bem como, com o intuito de manter a sua auto-estima, o idoso deve manter-se activo, contribuindo assim para um envelhecimento saudável. Os autores destacam citando «Uma velhice bem sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. Consequentemente a sociedade

deve valorizar a idade e facilitar este processo» (p. 104). Estudos efectuados por Havighurst (1987, citado por Fernández-Ballesteros, 2000) indicam-nos que os idosos mais activos, melhor adaptados sobreviveram mais e em melhor estado, quer mantendo os seus papéis, quer alterando-os para outros no qual gostavam mais. Para Fernández-Ballesteros (2000) esta teoria teve e tem extrema importância no estabelecimento de políticas sociais contempladas na estimulação e maximização da actividade na velhice.

### **Teoria do desligamento**

A teoria do desligamento foi apresentada em 1961, por Cumming e Henry (1961, citado por Paúl, 1996), que nos diz que «o processo de desligamento teria qualidades intrínsecas ou desenvolvimentalistas, correspondendo a um movimento mútuo entre o idoso e a sociedade, em que o idoso aceita, ou mesmo deseja, a diminuição da interacção, havendo um prévio ou simultâneo aumento da centralização sobre si próprio e uma diminuição do investimento emotivo nas pessoas ou objectos do meio» (p. 17).

Para Fernández-Ballesteros (2000), esta teoria do desligamento, com ou sem bagagem científica, teve e tem repercussões no estabelecimento de políticas sociais e na forma de contemplar a velhice.

### **Teoria da continuidade**

Berger e Mailloux-Poireier (1995), referem-nos que esta teoria contempla que o envelhecimento não se trata de um período final, separado das outras fases, mas constitui

sim, uma parte integrante do ciclo de vida, na qual o idoso dá continuidade aos seus hábitos de vida, pois os mesmos fazem parte integrante da sua personalidade. Estudos efectuados por Duke (citado por Fernández-Ballesteros, 2000) demonstram que a continuidade está na base dum processo de adaptação a uma alteração. O desejo de continuidade além de motivar as pessoas a efectuarem uma preparação prévia para alterações como a reforma, a viuvez, entre outros, pode também servir como uma meta para a adaptação. Seguindo essa corrente de pensamento, Duke, exemplifica nos seus estudos, a elevada proporção de pessoas que tomaram medidas para prevenir doenças crónicas e incapacidades.

### **Teoria do ciclo de vida**

Para Fernández-Ballesteros (2000), esta teoria foi inaugurada em 1975 por Neugarten, visando o estudo do processo do envelhecimento ao longo da vida, com base em duas condições fundamentais. A primeira condição refere-se aos eventos que supõe uma transição para o indivíduo, tais como o matrimónio, o nascimento de um filho, etc. A segunda condição refere-se aos papéis que o indivíduo assume, na qual implicam mudanças ao nível do auto-conceito e na própria identidade. Mais recentemente, seguiram-se autores como Baltes (1987, citado por Fernández-Ballesteros, 2000) e Schaie, na qual efectuaram estudos que visavam aprofundar as mudanças que experimentam os indivíduos ao longo do tempo. Fernández-Ballesteros (2000), destaca dos estudos de Baltes, suposições, na qual constituem a base da teoria do ciclo vital, são elas:

- Ao longo da vida existe um balanço entre o crescimento (ganhos) e o declive (perdas). Contudo, nos primeiros anos de desenvolvimento, o crescimento ocorre em

maior proporção do que o declive, enquanto que na velhice ocorre o contrário, isto é, ocorre em maior proporção o declive do que o crescimento. Certo é, que ambos (crescimento e declive) ocorrem ao longo de todo o ciclo de vida;

- Certas funções psicológicas declinam com a idade (como a inteligência fluida), enquanto que outras não declinam (como acontece com a inteligência cristalizada);

- Por meio do ciclo de vida, incrementa-se a variabilidade interindividual, logo as pessoas são cada vez mais diferentes entre si, permitindo-nos dizer que quando se conhece um idoso, só se conheceu um idoso;

- Existe uma capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida, na qual se expressa pela compensação do declive através de treinos e de manipulações externas;

- Os idosos, devido à sua variabilidade, podem envelhecer de três formas distintas: normal, patológica e com êxito. O envelhecimento com êxito pode ocorrer por mecanismos de selecção, optimização e compensação.

### *2.2.2 – Alterações associadas ao processo de envelhecimento*

Segundo Zimerman (2000) envelhecer «pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo» (p. 21).

Berger e Mailloux-Poireier (1995), dizem-nos que as modificações fisiológicas do envelhecimento humano têm efeitos acumulativos e são irreversíveis. Para estes autores, o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e universal, na qual se denomina de senescência, devendo esta ser sempre compreendida, como um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo e nunca como um fenómeno

patológico (doença). A diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às modificações do meio ambiente constitui o sinal mais evidente da senescência. O envelhecimento é diferencial, dado que todos envelhecemos de maneira diferente, em ritmos diferentes, depende pois, de factores internos (carga genética e estado de saúde) e externos (estilos de vida, actividades e ambiente).

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995), as alterações anatómicas e fisiológicas ligadas à velhice iniciam-se muito antes de aparecerem os sinais exteriores. No plano fisiológico, o processo de senescência é responsável pelo envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo, bem como pelo declínio das funções orgânicas, apresentadas seguidamente no quadro 5.

Quadro 5 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

1. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS
  - a. Células e tecidos
  - b. Composição global de corpo e peso corporal
  - c. Músculos, ossos e articulações
  - d. Pele e tecido subcutâneo
  - e. Tegumento
  
2. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS
  - a. Sistema cardiovascular
  - b. Sistema respiratório
  - c. Sistema renal e urinário
  - d. Sistema gastrointestinal
  - e. Sistema nervoso e sensorial
  - f. Sistema endócrino e metabólico
  - g. Sistema reprodutor
  - h. Sistema imunitário
  - i. Ritmos biológicos e sono

Fonte : Berger, L. & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.

As alterações estruturais ocorrem fundamentalmente ao nível metabólico e celular, e na

repartição dos componentes corporais. O funcionamento do organismo, bem como a aparência de corpo podem ser modificadas por estas alterações. Por sua vez, a diminuição do número de células, bem como a perda das reservas fisiológicas, atinge todos os órgãos, como consequência as funções deterioram-se.

Para Mestre (1999) o envelhecimento é responsável por uma deterioração das funções dos diversos sistemas, atingindo mais uns órgãos do que outros.

Lima e Silva (2001) referem-nos que o processo de envelhecimento afecta os sistemas importantes do organismo. O efeito das alterações nos contextos ambientais específicos altera os comportamentos individuais. Os autores alertam-nos que tais processos são normais, e não sinais de doença.

Segundo Garcia (2000) com o envelhecimento, as alterações macro e microestruturais que se verificam ao nível cerebral, bem como as modificações que ocorrem ao nível dos sistemas de neurotransmissão, são responsáveis por uma diminuição moderada da capacidade somatosensorial (visão, audição, tacto, gosto, olfacto, propriocepção) e da psicomotricidade do idoso, bem como pela diminuição da velocidade de execução e eficiência das actividades superiores do sistema central (memória, conduta, aprendizagem, emoções).

Moragas (1991, citado por Pimentel, 2001) aponta-nos que o envelhecimento acarreta mudanças ao nível social, exemplo disso é a redução e a desvalorização dos papéis dos idosos, condicionando a posição dos mesmos, na sociedade.

## 2.3 – Psicologia da Velhice

Para Izal e Montorio (1999) a investigação do envelhecimento psicológico normal centra-se fundamentalmente em duas áreas, são elas: funcionamento cognitivo e personalidade.

### 2.3.1 – *Cognição*

Para Tom Kirkwood (2000) uma das opiniões mais generalizadas que existe acerca do envelhecimento cognitivo é a de que a diminuição das funções cerebrais que se verifica com o passar dos anos, se deve à perda (morte) dos neurónios, perda esta que é irreversível, pois os neurónios não se dividem nem são substituídos. Ainda segundo o autor, a redução da velocidade de processamento dos neurónios, que se verifica com o aumento da idade, constitui outro dos factores a ter em consideração, pois esta pode ter muitas consequências sobre a memória, sobre o rendimento cognitivo.

Nahemow e Pousada (1987) alertam-nos que certos deficits cognitivos que se verificam na velhice, não resultam do processo natural do envelhecimento, mas sim de entidades patológicas. Contudo, segundo os autores, constata-se que a incidência destes deficits cognitivos por patologia, aumenta na velhice.

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) é normal que com o envelhecimento, diminuam certas funções cognitivas. Os mesmos autores referem-nos ainda que as funções mais atingidas são a memória, o tempo de reacção e a percepção.

Segundo Maria Garcia (2000), aquando da avaliação do funcionamento intelectual do idoso, devemos contemplar a avaliação de factores como a percepção, a atenção e motivação, caso contrário poderemos obter conclusões confusas e/ou contraditórias.

### **Percepção e atenção**

Fontaine (2000), diz-nos que ao nível do envelhecimento perceptivo, três modalidades são essencialmente afectadas, são elas: o equilíbrio, a audição e a visão. Os défices sensoriais auditivos e visuais parecem estar na base do declínio das actividades intelectuais.

Para Garcia (2000), com o envelhecimento, parece que a percepção e a atenção apresentam certos défices, que irão afectar a capacidade de execução do idoso a dois níveis, são eles:

- ao nível do tempo requerido para processar um estímulo;
- ao nível da capacidade de se manter atento aquando da realização da tarefa.

### **Memória e aprendizagem**

Segundo Fontaine (2000), certas actividades mnésicas são sensíveis à idade, enquanto outras resistem.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) referem-nos que a memória é uma actividade biológica e psíquica que nos possibilita reter as experiências vividas. Para estes autores, o modelo mais utilizado nos estudos referentes à memória das pessoas,

contempla três etapas, são elas: «a entrada de dados (memória sensorial), a memória a curto prazo (também denominada de memória imediata, memória primária), a memória a longo prazo (também denominada de memória secundária, memória de fixação)» (p. 178).

Para os autores anteriores, a memória sensorial consiste na recepção inicial da informação, em que um mecanismo sensitivo permite conservar uma cópia do estímulo por dois segundos. Esta memória funciona mais eficazmente nos jovens do que nos idosos, porque estes últimos são mais lentos a reconhecer os objectos ou elementos a memorizar.

A memória a curto prazo, segundo Garcia (2000) trata-se de um armazém de capacidade limitada que retém por um breve período de tempo a informação recebida. Para Belsky (2001) nesse armazém mantemos consciente a informação durante algum tempo, enquanto decidimos se a mesma é para descartar ou para armazenar permanentemente. Berger e Mailloux-Poireier (1995) dizem-nos que este tipo de memória parece pertencer ao circuito eléctrico do cérebro, no qual se a informação chegar muito depressa, uma parte da mesma não será codificada. A memória a curto prazo declina com a idade.

Belsky (1998/2001) refere-nos que a memória a longo prazo é «a reserva permanente e de grande capacidade, que constitui o depósito do nosso passado» (p. 200).

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995), durante a senescência, mantém-se a memória a longo prazo. Por isso, nesse sentido, Moñivas (1998) diz-nos que o idoso recorda-se melhor das experiências passadas, do que as mais recentes.

Tulving (1985, citado por Belsky, 2001) propõe três diferentes tipos de sistemas de memória. A memória implícita, na qual nos diz que memorizamos e recordamos de forma automática, sem reflectir, sem pensar de forma consciente. Os outros dois sistemas de memória, implicam uma recordação consciente, trata-se da memória episódica e da memória semântica. A memória episódica, diz respeito à procura consciente de recordações (constitui o armazém de episódios referentes ao tempo e espaço). A memória semântica constitui a nossa fonte de conhecimentos (conhecimentos sobre o mundo que nos rodeia, organizado e acumulado conceptualmente, muito relacionado com a linguagem). Para a autora, segundo vários estudos a memória episódica é a mais frágil. A este respeito, Fontaine (2000) diz-nos que a memória episódica declina com a idade.

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) os esquecimentos e as perdas de memória «são muitas vezes sentidos como aspectos negativos da velhice» (p. 168).

Ainda segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) a aprendizagem está associada à memória. Moñivas (1998) reforça que a memória é fundamental para a aprendizagem.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) apontam-nos factores que podem ser responsáveis pelos problemas de memória e aprendizagem, são eles:

- A motivação;
- A interferência dos dados;
- Sentimento de impotência e o estado depressivo;
- Perda de interesse pelos acontecimentos presentes;
- Lentidão generalizada;
- Problemas de percepção.

## **Inteligência**

Segundo Fontaine (2000) relativamente ao desenvolvimento da inteligência, a literatura faz dois tipos de abordagem, uma psicométrica (baseada na teoria dos testes), outra cognitiva (baseada na teoria dos estádios). A abordagem psicométrica centraliza-se no desempenho do indivíduo, abordando aspectos estruturais através de análises estatísticas. Nesta abordagem inclui-se o modelo bifactorial de Cattell (inteligência fluida e inteligência cristalizada). A abordagem cognitiva considera o desenvolvimento como uma sucessão de estádios, centraliza-se fundamentalmente na natureza da actividade mental em relação ao problema. Esta teoria apoia-se no equilíbrio, na importância da actividade do sujeito. Ambas as abordagens se complementam.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) destacam que a «tendência mais recente na avaliação da inteligência dos idosos incide em dois tipos de inteligência: a inteligência fluida e a inteligência cristalizada» (p. 175).

Para Belsky (2001) a inteligência fluida implica o raciocínio rápido, destrezas não tão dependentes da experiência, enquanto que a inteligência cristalizada, segundo Maria Garcia (2000) é a habilidade para aplicar aprendizagens prévias (habilidades aprendidas e adquiridas de modo acumulativo através da experiência).

Para Fontaine (2000) a inteligência fluida correlaciona-se com envelhecimento biológico, enquanto que a inteligência cristalizada se correlaciona com o nível de instrução e com a cultura do sujeito.

Garcia (2000) refere-nos que ao longo da velhice, a inteligência fluida segue um padrão normativo de declive gradual, enquanto que a inteligência cristalizada ao longo da velhice segue um padrão de estabilidade.

### 2.3.2 – *Personalidade*

Para Allport (citado por Berger & Mailloux-Poireier, 1995) a personalidade é «a organização dinâmica interna dos sistemas psicológicos do indivíduo, que determina o seu ajustamento próprio ao meio» (p. 186).

Segundo Fontaine (2000), destacam-se três abordagens que tentam explicar o desenvolvimento da personalidade com o envelhecimento, são elas: a psicométrica, a desenvolvimentista e a sociocognitivista.

A primeira abordagem provém da teoria dos testes, do mecanismo da abordagem psicométrica da inteligência, e tem como objectivo, identificar os factores que resistem ao envelhecimento, bem como os que não resistem ao mesmo. Estudos efectuados por Costa e MacCrae (1984, 1986, 1987, citados por Fontaine, 2000), na qual utilizaram protocolos transversais, longitudinais e sequências, com o intuito de estudar a estabilidade e as mudanças ocorridas nas estruturas de personalidade das pessoas com idade distinta, verificaram que os cinco factores do modelo big five (são eles: a estabilidade emocional ou nervosismo; a extroversão; a abertura de espírito; a amabilidade ou amenidade; a consciência ou carácter consciencioso), que se encontram em todos os indivíduos (seja qual for a sua idade), mantêm-se estáveis durante a vida, levando os autores a concluírem

que a velhice não tem efeitos sobre a personalidade.

A segunda abordagem, centra-se no conceito de estágio, e descreve-nos as mudanças estruturais importantes e as crises que surgem durante toda a nossa vida. Foram vários os teóricos que procuraram identificar uma sucessão de fases universais na evolução da personalidade. Destes, Fontaine (2000) destaca-nos o modelo de desenvolvimento psicossocial elaborado por Erikson, ao citar-nos que: «Erikson elaborou o modelo mais conhecido e provavelmente o mais reconhecido, de evolução da estrutura da personalidade ao longo da vida. A evolução seria determinada por um jogo de interações entre a maturação e as pressões ambientais» (p. 136).

Para Fontaine (2000) o modelo de desenvolvimento psicossocial elaborado por Erikson, apresentado seguidamente no quadro 6, descreve o ciclo da vida humana como uma sequência universal de oito estádios.

Quadro 6 – Desenvolvimento psicossocial segundo Erikson

<b>Estádio</b>	<b>Crise psicossocial</b>	<b>Relações sociais</b>	<b>Sentimento</b>
Primeira Infância	Confiança vs. Desconfiança	A mãe	Esperança
Infância	Autonomia vs. Vergonha e dúvida	Os pais	Vontade
Idade do Jogo	Iniciativa vs. Culpabilidade	A família	Ambição
Idade Escolar	Produtividade vs. Inferioridade	Os amigos, a escola	Competência
Adolescência	Identidade vs. Confusão de identidade	Os companheiros, o grupo, o líder	Fidelidade
Jovem Adulto	Intimidade vs. Isolamento	Parceiro na amizade, no sexo, na competição e na cooperação	Amor
Adulto	Sentimento de geração vs. Estagnação	Trabalho e participação na vida familiar	Atenção
Velhice	Integridade vs. Desespero	«Humanidade»	Sabedoria

Fonte: Fontaine, R (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original em francês publicado em 1999)

O conflito, será o motor que permite a passagem de um estágio para outro. Nesse sentido, para o autor cada fase caracteriza-se por uma crise e exige a sua resolução, significando que uma personalidade sã deve gerar ou integrar as oposições entre o eu e os outros. A natureza de cada crise é diferente, dado que os actores são diferentes, a mesma caracteriza-se por dois pólos contraditórios (um positivo e um negativo), na qual o indivíduo opta por um deles, dependendo das solicitações sociais. O sentimento que domina cada estágio determinará a orientação geral do comportamento.

Para Erikson (1963, 1982, 1986, citado por Fontaine, 2000) no último estágio do modelo de desenvolvimento psicossocial, para o idoso, trata-se de «gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, da perda da autonomia e da morte» (p. 139). Nesta fase, o indivíduo elabora o balanço da sua vida, recordando a distância entre o que se propôs atingir e o que efectivamente atingiu. Uma distância pequena possibilita-lhe esperar um estado de sabedoria, na qual a pessoa se orienta então para as relações sociais de natureza humanística. Segundo Erikson (1963, 1982, 1986, citado por Fontaine, 2000) são poucas as pessoas que alcançam este sentimento de sabedoria específica na forma denominada de velhice bem sucedida. Ainda para Erikson (citado por Rotter e Hochreich, 1980), quando a integridade do ego não é atingida, o indivíduo experimenta sentimentos de desespero, lamentando-se por não poder começar tudo de novo. A morte é percebida como algo intensamente ameaçador. Regra geral, este desespero é mascarado por atitudes de inconformismo ou misantropia. O idoso expressa indirectamente desprezo por si mesmo, manifestado por uma constante insatisfação com as pessoas ou as instituições.

A terceira abordagem (abordagem cognitiva e sociocognitiva) contempla o envelhecimento na sua diversidade ou nas suas variantes, em que o funcionamento individual, em termos de personalidade, depende da história e do contexto de vida. Neste quadro, segundo Fontaine (2000) «aplicam-se as leis da aprendizagem, do raciocínio, da memória, e do contexto social a fim de melhor compreender as suas influências comportamentais em certos contextos de vida» (p. 141).

Berger e Mailloux-Poireier (1995) dizem-nos que após a maturidade, a personalidade se mantém relativamente estável, a não ser que surjam problemas graves. Assim, se a pessoa foi activa, continua a sê-lo na velhice. Os autores alertam-nos que a personalidade pode ser afectada por vários factores, tais como o estado de saúde, os antecedentes socioculturais, a pertença ao grupo, as experiências, as interacções familiares actuais e passadas, entre outros.

Para Ferrer (2000) as adaptações típicas que a pessoa realiza em determinado ambiente ou meio resultam da interacção entre as disposições básicas da personalidade e as influências do meio. Havighurts e Neugarten (citados por Ferrer, 2000) identificaram oito tipos de personalidade ligados às actividades adaptativas e à satisfação com a vida, são eles:

- os reorganizados (competentes, que se dedicam a diversas actividades);
- os integrados (seleccionam as actividades e atingem satisfação centrando-se num dos objectivos);
- os desligados com êxito (pessoas com elevado nível de satisfação vital, juntamente com um baixo nível de actividades em áreas concretas);
- os persistentes (continuam, dentro do possível, com as actividades da etapa média da

vida);

- os limitados (diminuem gradualmente o nível de desempenho em certas actividades, como uma forma de defesa face ao processo de envelhecimento);
- os que procuram apoio (têm êxito na obtenção de suporte emocional e podem beneficiar-se de comportamentos de dependência);
- os apáticos (níveis de baixa satisfação vital e com pouca actividade em papéis específicos);
- os desorganizados (demonstram deterioração cognitiva e escasso controlo emocional).

## 2.4 – Sociedade e Velhice

Segundo Royo (2000) as pessoas mantêm ao longo do ciclo vital, diferentes níveis de interacção que tem lugar em distintas instituições sociais (família, trabalho, entre outras), contribuindo para a criação de uma identidade individual e social.

Para Pimentel (2001) o contínuo envelhecimento demográfico contribuiu para uma crescente preocupação da sociedade para com os vários problemas que podem afectar os idosos enquanto membros da mesma.

### *2.4.1 – O envelhecimento demográfico*

Os dados obtidos nos Censos 2001 pelo Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE, 2002) revelam-nos como o facto mais marcante o aumento do número de idosos,

em que pela primeira vez, a percentagem de pessoas com mais de 64 anos é superior à dos que têm menos de 15 anos. São sobretudo as mulheres que fazem aumentar as taxas de envelhecimento. A população portuguesa aumentou cinco por cento, situando-se agora nos 10,3 milhões. Mas tal deve-se aos saldos migratórios, já que há um acentuado declínio da natalidade. Paralelamente aumentaram os anos de esperança de vida dos portugueses, sobretudo das portuguesas. Há 122 idosas por cada cem jovens, enquanto que o dos homens se situa nos 84 indivíduos. Os censos 2001 revelam ainda que Portugal se apresenta menos formal relativamente às relações de conjugalidade e que possui famílias mais pequenas.

#### *2.4.2 – A família e a institucionalização do idoso*

Com a revolução demográfica, nas sociedades industriais, as expectativas sociais sobre a velhice e a família sofreram alterações. Aumentou a diversidade de tipos de família, de normas e costumes, produzindo-se uma grande heterogeneidade no que se refere à situação do idoso nas suas relações familiares (Royo, 2000).

Para Keith (1982, citado por Rodriguez, 2000) a visão positiva da velhice associava-se à forma tradicional da família, na qual a posição de um elevado status social atribuída ao idoso, estaria relacionada com a existência de um grupo familiar extenso, bem como com a existência, em termos demográficos, de um reduzido número de idosos. Contudo as condições actuais, caracterizam-se por um aumento demográfico do número de idosos, bem como pela perda do grupo familiar extenso, pelo predomínio da estrutura familiar nuclear e estruturalmente isolada, na qual não se associa a visão positiva da velhice.

Pimentel (2001) contrariando as ideias do senso comum (na qual referem que na sociedade contemporânea a família é uma instituição decadente e que as relações entre gerações enfraqueceram radicalmente), cita-nos que: «vários estudos sociológicos vêm afirmar que as famílias actuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de um modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e referência» (p. 18).

Para Levet (1998) o envelhecimento da população alterou a estrutura familiar. A maior parte das crianças quando nascem têm avós e imenso tempo para viver em conjunto, estas ficam por vezes a seu cargo. Assim a família tornou-se num sistema de trocas, em que os avós ocupam-se e cuidam dos netos e os filhos responsabilizam-se pelo bem-estar dos pais idosos.

Para Borge et al (2000), as relações entre o idoso e os seus filhos e netos, passa em geral por duas etapas diferentes, são elas:

- Quando o idoso é independente e não tem problemas de saúde, constitui uma ajuda para a família, pois participa nas tarefas da casa e encarrega-se dos netos, estabelecendo com eles relações de cumplicidade;

- Quando surgem problemas de saúde e de dependência, as relações parecem inverter-se: o idoso passa do proporcionar ao necessitar, do cuidar ao ser cuidado, perdendo um peso específico no seio da família. O idoso sente que as suas opiniões e decisões não têm valor, o que irá desencadear sentimentos de inutilidade e abandono.

Nina e Paiva (2001) dizem-nos que a família representa um factor básico para a

manutenção do equilíbrio emocional face às contingências do declínio biopsíquico, representa uma unidade social de extrema importância no apoio ou resolução de problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos, contudo certo é que a mesma pode ser uma fonte de conflitos e doenças.

Woobey e Angel (1990, citados por Paúl, 1996) referem-nos que a população de maior risco de institucionalização são os idosos que não possuem filhos ou os que possuem poucos filhos, e aqueles que possuem muitos filhos, contudo os mesmos encontram-se a viver longe. As opções para esses idosos serão: continuar a viver só; ir viver para a casa de outra pessoa ou trazer alguém para viver consigo; entrar para um lar. Para os autores, a escolha a tomar dependerá de factores como a economia, a cultura e as pessoas.

Para Silva (1995), frequentemente deparamo-nos com familiares que não possuem condições económicas, sociais e por vezes psico-afectivas, para fazer face às necessidades do seu familiar idoso, na qual como forma de resolução procuram de alguma forma, institucionalizar o idoso.

Pimentel (2001) refere-nos que o grau de autonomia que apresenta o idoso, vai determinar o grau de envolvimento da rede de parentesco na prestação de cuidados. Se as necessidades do idoso exigirem uma maior disponibilidade de recursos (tempo, trabalho, bens materiais), tal implicará uma maior tendência para o surgimento de conflitos.

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) um entrave que constitui um problema para as famílias que têm que cuidar dos seus idosos, estará no seu ambiente físico, nas suas

imensas barreiras arquitectónicas que apresentam (como por exemplo, a falta de espaço físico, a existência de muitos degraus, etc) bem como, estará ainda na inexistência de meios que possam facilitar a mobilidade e a segurança do idoso (como por exemplo, a existência de rampas, corrimões, barras de segurança, etc).

Segundo Paúl (1997) a probabilidade de institucionalização do idoso pode ser também influenciada pela situação laboral do seu familiar, tal situação torna-se mais evidente aquando de empregos a tempo inteiro e com rotinas inflexíveis. Neste sentido, estudos revelam que a perturbação do trabalho associada ao cuidar do idoso aumenta o stress, bem como, torna-se significativa para o despedimento, sendo esta interferência mais relevante, quanto mais dependente for o idoso e quanto mais inadequado for considerado o apoio.

Para Pimentel (2001), por vezes o internamento num equipamento de apoio aos idosos surge como a única alternativa viável.

Para Fernandes (1997), as políticas sociais têm efeitos sobre a vida dos idosos, sobre a forma como se estabelecem as relações e orientam as práticas entre os idosos e as famílias. A necessidade de intervenção com políticas sociais orientadas especificamente para a velhice tem sido reconhecida, legitimada e socialmente consagrada na Constituição da República Portuguesa, na qual se destaca a origem e o desenvolvimento de bens e agentes encarregues de os gerir, cujos consumidores são os idosos. Para a autora, a emergência de políticas de velhice «supõe a consciência de intervenção social de apoio aos idosos enquanto tal e advém de uma construção social de velhice, considerada como problema social» (p. 105).

Em Portugal, fruto das políticas sociais da velhice, desde o início da década de setenta, foram criadas instituições que visavam a prevenção da dependência e a integração dos idosos nas comunidades. Destacam-se dois tipos de encargos da velhice, são eles: a assistência médica e a assistência social. A assistência médica contempla os centros de saúde, que apesar de não constituírem instituições apenas para a velhice, têm em conta as necessidades específicas da população idosa. A assistência social, contempla as instituições que alojam exclusivamente os idosos (identificadas como lares ou residências para idosos) e ainda, mais recentemente criadas, as instituições cujo princípio visa a manutenção do alojamento das pessoas idosas em sua própria casa (são os centros de dia, os centros de convívio e os serviços de apoio domiciliário). Para Fernandes (1997), estes equipamentos «permitem disciplinar e enquadrar as práticas sociais dos idosos, reforçando a representação social de uma velhice incapaz e sem autonomia» (p. 148).

Segundo Pimentel (2001) foi essencialmente a partir da década de oitenta que ocorreu em Portugal, uma expansão dos serviços de apoio à família, quer para as crianças, quer para os idosos dependentes. Nos anos noventa é reconhecida a necessidade de se tutelar com maior rigor, os equipamentos de acolhimento dos idosos e das crianças.

Segundo Grácio (1999), no âmbito da acção social, são várias as respostas sociais para a população idosa, tais como:

- Os lares de idosos – são equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, que visam fornecer respostas a idosos que se encontram em risco, com perda de independência e/ou autonomia. A autora alerta-nos quanto a este ponto, que a insuficiente resposta estatal em termos de lares de idosos reflecte numa proliferação de lares de idosos lucrativos (privados) e, para além destes, também reflecte «um número de

lares que funcionam totalmente clandestinos apresentando-se desta forma como indicadores de carências sociais» (p. 138).

- Os lares para o cidadão dependente – constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência.

- Os centros de dia – visam apoiar através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo principal objectivo visa desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar (os seus serviços podem consistir: em fornecer refeições; proporcionar convívios, recreios, animação e ocupação; proporcionar cuidados de higiene e conforto; organizar férias; entre outros).

- Os centros de convívio – são centros que se encontram ao nível local, que visam apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais, destinadas aos idosos de uma determinada comunidade (os seus serviços podem consistir: na realização de actividades recreativas; no fornecimento de refeições ligeiras; no fornecimento de informação específica sobre a prevenção da saúde e autonomia dos idosos).

- O apoio domiciliário – consiste na prestação de serviços por ajudantes no domicílio dos utentes, quando estes por motivo de doença ou outro tipo de dependência, não sejam capazes de assegurar a satisfação das necessidades humanas básicas, bem como não sejam capazes de realizar as actividades de vida diária. Este apoio visa essencialmente melhorar a qualidade de vida do idoso, bem como retardar ou evitar a institucionalização do mesmo.

- As famílias de acolhimento – são famílias consideradas idóneas, que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural ou quando a sua família não tem condições que proporcionem o desempenho das suas funções.

- As colónias de férias – são prestações sociais em equipamento ou não, que abarcam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e visam também quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio bio-psíquico, emocional, educacional e social.

Paúl (1997) refere-nos que podemos dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grandes grupos: um grupo abarca as redes de apoio formal, onde se incluem os serviços estatais de segurança social e os serviços organizados pelo poder local (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio), bem como as instituições privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos; outro grupo abarca as redes de apoio informal, por um lado referem-se à família do próprio idoso, por outro aos amigos e vizinhos dos idosos (segundo a autora, embora menos estudadas, parecem desempenhar um papel extremamente importante no apoio à velhice, principalmente em termos emocionais, bem como em termos de ajuda instrumental, essencialmente aquando da ausência familiar).

Para Quaresma (1994, citado por Palma, 1999) as famílias que cuidam dos seus idosos, necessitam de auxílio extra-familiar, pois têm que suportar o desgaste bio-psico-social que advém da prestação de cuidados ao idoso, devem assim ser definidas políticas de intervenção que visem: reforçar e valorizar o papel dos prestadores de cuidados informais, bem como desenvolver infra-estruturas na comunidade que acompanhem e auxiliem essas famílias.

Segundo Grácio (1999), quando comparado com a resposta tradicional dos lares de idosos, cada vez é mais visível a importância do apoio domiciliário, pois este

presta um serviço de proximidade, com cuidados individualizados e personalizados, além disso «a família é um quadro referencial para os idosos e estar em casa é muito importante para eles, dado que, contém um valor simbólico na constituição da identidade social» (p. 140).

#### *2.4.3 – O trabalho e a reforma*

Segundo Costa (1999) para as sociedades ocidentais a visão de trabalho direcciona-se para uma visão produtiva, de rentabilização imediata. A organização social e económica remete os idosos para a inactividade, percebendo o trabalho dos mesmos como improdutivo e inadequado.

Reis (2000) reforça-nos a ideia anterior, ao afirmar-nos que «toda a nossa sociedade ocidental foi concebida em função de um universo industrial e dirigida a um adulto jovem, em estado de saúde suficientemente bom para cumprir a função de produtividade...» (p. 14). Assim, para o autor todos os equipamentos arquitectónicos, as estruturas sociais, administrativas e económicas, bem como a gestão de espaço e de tempo, o ritmo da vida, são elaborados apenas em função desse adulto, adaptando-se mal, quer à criança, quer ao adolescente e idoso, pois não se adequam às suas necessidades, nem às suas funções.

Carrajo (1999) diz-nos que modernamente, a reforma se converteu por lei, em «sinónimo de velhice» (p. 116). A reforma representa um símbolo social de transição para a velhice, limitando oficialmente o seu início para o primeiro dia de reforma, na qual o indivíduo

passa a ser considerado improdutivo, desnecessário, inútil. Actualmente, não se contempla a experiência, na qual em outros tempos, concedia proeminência aos idosos. O status social dos idosos é o de “retirados”, “reformados”, que para o autor significa «estar-se afastado,...estar-se à margem de...» (p. 127). Associar a ideia do início da velhice ao início da reforma é para Carrajo (1999) uma ideia totalmente errada, pois existem muitas pessoas que se reformam numa idade e numa situação pessoal na qual não se consideram como velhos, além disso, há muitas pessoas que nunca se reformam, pois trabalham por conta própria, há ainda aquelas pessoas que voltam a trabalhar depois de reformados, seja ou não na mesma área.

Clara (1999) refere-nos que com o envelhecimento vem a reforma, verificando-se uma quebra brusca dos hábitos que contribuíram para a manutenção de capacidades intelectuais e físicas. Capacidades estas, que gradualmente vão declinar, quer pela imobilização física relativa, própria do processo fisiológico de senescência, quer pela redução da utilização das funções cognitivas. Com frequência o idoso é remetido para segundo plano, deixando de ser reconhecido como membro de referência da família, de angariador de sustento, de conselheiro, de líder do agregado familiar. A perda da independência, o afastamento de amigos e colegas, a progressiva imobilização isolam progressivamente o idoso, assim, esquecido pela sociedade, tolerado pela família, o mesmo é paulatinamente invadido pela sintomatologia do envelhecimento biológico, que o tornam cada vez mais dependente.

Para Carrajo (1999) a atitude perante o início da reforma, dependerá do trabalho que a pessoa desempenhava e da sua satisfação no desempenho do mesmo. Muitos trabalhadores anseiam pelo momento da reforma para desfrutarem com tranquilidade a

vida. A sociedade está repleta de exemplos de trabalhadores que passaram a reforma sem qualquer nostalgia em relação ao trabalho, como por exemplo aqueles trabalhadores que se dedicaram a trabalhos físicos e tediosos; os que encararam a profissão unicamente como um meio de ganhar dinheiro, não possuindo aliciantes, nem conotações afectivas; os que trabalharam fora da sua verdadeira vocação; os que exerceram trabalhos rotineiros. Por outro lado, para aqueles trabalhadores que desempenhavam a sua verdadeira vocação, que encontravam no trabalho um modo de realizar-se pessoalmente, a reforma afectará profundamente a sua personalidade, já que muitas vezes será entendida como perda de prestígio, debilitação das relações com os colegas de profissão, em suma, levará o indivíduo a sentir-se inútil perante a sociedade. A reforma pressupõe a alteração de papéis, cujo processo deu origem a várias teorias, como a teoria da desvinculação (na qual o reformado perde progressivamente as suas faculdade físicas e psíquicas, bem como os seus contactos e as suas relações sociais), a teoria da actividade (na qual sustenta que as pessoas idosas aquando da reforma, quanto mais activas se mantêm, mais satisfatoriamente envelhecem, já que se consideram úteis à sociedade), bem como a teoria da desvinculação-vinculação selectiva (com os anos, a pessoa tem que desvincular-se de certas actividades e contactos sociais, para continuar e potenciar outros mais selectivos) e a teoria da desvinculação transitória (considera que inicialmente há uma desvinculação temporal das actividades e das relações sociais, para posteriormente se voltar a uma renovada e diversificada vinculação social).

## 2.5 – Situações de Crise na Velhice

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) são várias as mudanças que podem

significar verdadeiras crises na vida dos idosos e que não se resolvem com o simples recurso aos mecanismos de defesa habituais. Estas crises podem afectar o estilo de vida do idoso, bem como atentar à sua integridade física e psicológica. Ebersole e Hess (1985, citados por Berger e Mailloux-Poireier, 1995) incluem nas situações de crise mais correntes na população idosa: a perda de saúde, a confrontação com a sua própria morte, a perda do cônjuge, a perda de pessoas significativas, a quebra de relações interpessoais importantes.

### **Doença**

Para Ermida (1995) ser idoso não significa necessariamente ser doente, contudo os estudos epidemiológicos revelam uma maior morbidade e mortalidade neste grupo etário. Para este autor, a redução da resistência aos factores agressores da mais variada natureza, a redução da capacidade de adaptação, a maior morbidade e mortalidade por causas fisiológicas constituem determinantes de um padrão próprio da doença no idoso, padrão este que se caracteriza fundamentalmente por «patologia múltipla, complicações frequentes e graves, apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade e incurabilidade, elevada mortalidade» (p. 58).

No início do século XX, as afecções de carácter agudo e de etiologia infecciosa constituíam a grande causa de morte nos idosos, na qual predominavam entre estas a pneumonia, as complicações gripais e a tuberculose. Nos finais do mesmo século, o primeiro lugar na mortalidade deste grupo etário é ocupado pelas doenças do foro cardíaco e cerebrovasculares.

Ainda segundo Ermida (1995), é evidente que os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde, quer ao nível ambulatorio, quer em termos hospitalares, constatado pelo maior número de consultas, maior número de visitas domiciliárias, maior consumo de medicação, maior taxa de ocupação de camas, maior duração média de internamento.

Carrajo (1999) salienta-nos que são sobretudo os problemas de saúde que provocam alterações na autonomia do idoso, provocam dependência, o que implicará uma necessidade de cuidados. Incube ao estado assegurar os cuidados necessários, para que os idosos continuem a viver de forma digna.

Segundo Personne (1991, citado por Costa, 1998), uma situação aguda pode desencadear um desequilíbrio global e irreparável, que rapidamente devido à conjugação de distintos factores (físicos, fisiológicos, familiares, contextuais e sociais), o idoso entra num ciclo vicioso, entre a hospitalização e o lar, o lar e a hospitalização, quase sempre numa rotatividade sequencial e sem fim. Por sua vez, este ciclo vicioso acaba por se constatar não só nos utentes idosos, mas também nos seus cuidadores, pois estes tornam-se dependentes da dependência dos idosos, impedindo as possibilidades de acção do idoso.

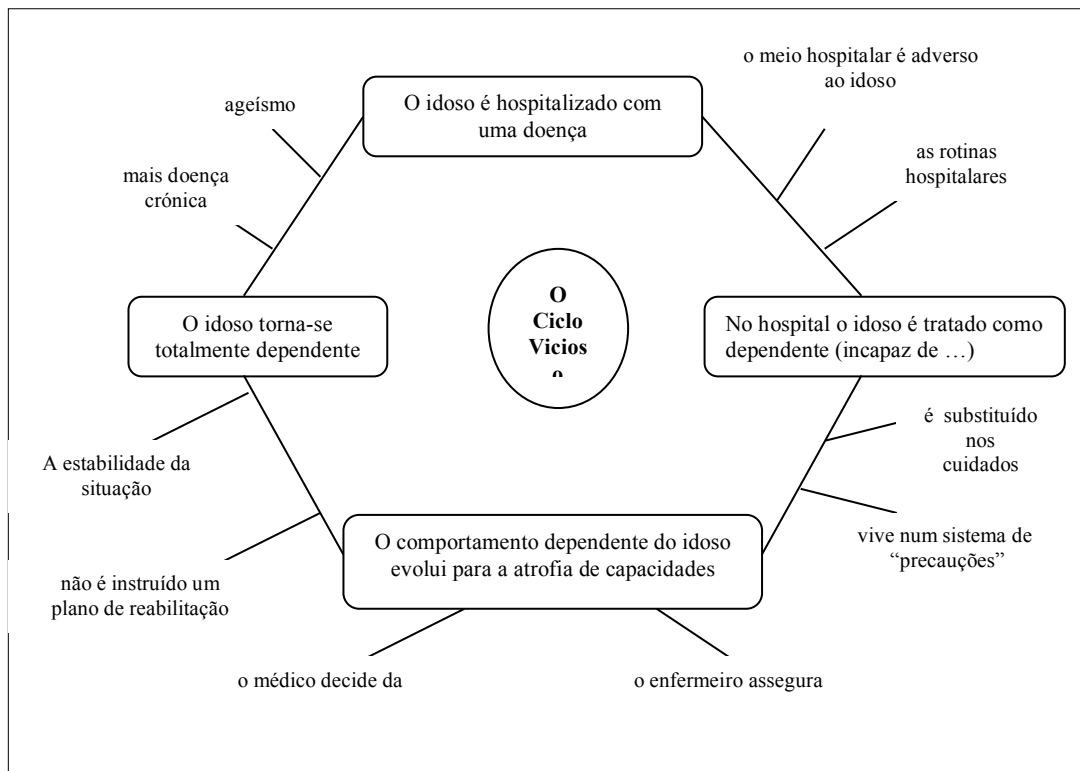
Para o autor, duas razões justificam esta dependência:

- A representação de uma ajuda obrigatória (decorrente da profissão);
- O aumento de trabalho que decorre da maior dependência dos idosos.

Costa (1998) elaborou uma esquematização deste ciclo vicioso, adaptado de Matteson e McConnel (1988, citados por Costa 1998), apresentada seguidamente na figura 4.

Figura 4 - O ciclo vicioso nos cuidados institucionais aos idosos

(adaptado de Matteson e McConnel)



Fonte: Costa, M.A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Editora Fim de Século.

## Morte

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) é evidente a tendência para se associar a velhice à morte, o que é errado, pois a morte deve-se essencialmente às doenças crónicas e não à velhice. Para os autores a morte, seja relativa a nós, seja relativa aos outros constitui uma realidade de difícil aceitação, pois lembra-nos constantemente o carácter limitado da vida. Em termos biológicos, a morte «marca a paragem de funcionamento de todos os processos vitais, e é muitas vezes determinada pelo cessar dos batimentos cardíacos» (p. 510). Os sentimentos que experimentamos acerca da nossa própria morte e à dos nossos entes queridos, constitui o aspecto psicológico da morte. Em termos sociais, a morte

representa a quebra das nossas relações humanas. Por vezes antes da morte biológica, os idosos já são considerados “socialmente mortos”. Para os autores, os idosos atribuem à morte sentidos distintos (positivo e/ou negativo), tal dependerá de vários factores, tais como a personalidade, a educação, as experiências de vida, a religião, entre outros.

Segundo Silva (1995) é uma constatação que a maioria das mortes ocorre em idade avançada, e em contexto hospitalar. Esta migração da morte do domicílio para o hospital, concerne ao enfermeiro, um papel importante no acompanhamento do idoso moribundo e na relação de ajuda à família.

### **Viuvez**

Em Portugal, tendo como base, os Censos 2001 (INE, 2002), a viuvez afecta sobretudo as mulheres: por cada 100 pessoas viúvas, 82 são mulheres e 18 são homens.

Izal e Montorio (1999) referem-nos que a morte do cônjuge constitui um acontecimento de vida que obriga a uma reestruturação do padrão de funcionamento quotidiano. A reacção emocional face à morte do cônjuge é extremamente complexa, podendo assumir várias formas, tais como: os sentimentos de ira, a negação, o alívio e a culpa. Nos idosos, frequentemente a viuvez é responsável pelo aparecimento de sintomatologia depressiva, encontrando-se também associada ao desenvolvimento de processos mórbidos graves e inclusivamente pode levar à morte.

Para Pimentel (2001) as perdas de nível interpessoal têm uma importância primordial na

vida dos idosos, pois muitas vezes condicionam todas as suas vivências posteriores, na medida em que podem criar sentimentos de solidão e de abandono, e podem levar a pessoa a questionar-se acerca da sua própria existência. Alguns idosos recusam em participar em actividades com conotação de divertimento e de recreação, pois para eles a viuvez deve ser acompanhada de uma privação voluntária ou quando muito, de uma participação passiva.

Paúl (1991) refere-nos que a viuvez é frequentemente associada à solidão, tal se deve essencialmente à perda de uma relação íntima muito particular. Ainda segundo a autora, o stress, que resulta da perda, aumenta a perturbação das pessoas idosas que, segundo nos cita: «se ajustam melhor quando criam novos interesses e têm uma forte rede social de apoio» (p. 206).

### **Solidão**

Para Neto (1992) ao longo dos anos, os psicólogos e os sociólogos, conceptualizaram a solidão segundo várias abordagens (psicodinâmica, fenomenológica, existencialista, sociológica, interaccionista, cognitiva). Apesar das várias abordagens, o autor cita-nos:

Parece existir um consenso sobre uma característica da solidão, ou seja, a sua dimensão temporal: pode sentir-se em relação ao passado, ao presente ou ao futuro.

As pessoas sentem-se sós em relação a uma pessoa, um objecto, um acontecimento, um meio familiar de interacção ou uma recordação do passado. (p. 21,22)

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995) a solidão constitui uma experiência extremamente penosa que se atribui a uma necessidade de intimidade não satisfeita, que

advêm de relações sociais sentidas como insuficientes ou insatisfatórias. Para os autores, tudo que reduz a auto-estima (os problemas de saúde, a perda de papéis, o isolamento social, etc) aumenta a solidão.

Segundo Fernandes (1995) diferentes pessoas em distintas situações, poderão experimentar distintos sentimentos de solidão, pois trata-se de uma experiência subjectiva, que poderá surgir não apenas quando se está só, mas também quando se está acompanhado com pessoas com quem não desejamos estar. Para Perlman e Paplau (1982, citado por Neto, 1992) o âmago da solidão estará na insatisfação do nosso relacionamento social.

Para Rubenstein e Shaver (1982, citados por Neto, 1992), num inquérito efectuado na população em geral, depararam-se com distintas respostas atribuídas ao significado da solidão, respostas estas, que foram agrupadas pelos mesmos, em quatro conjuntos de sentimentos, como podemos observar no quadro 7.

Quadro 7 – Sentimentos atribuídos à solidão

<b>Desespero</b>	<b>Depressão</b>	<b>Aborrecimento impaciente</b>	<b>Auto-depreciação</b>
-Desesperado -Aterrorizado -Desamparado -Assustado -Sem esperança -Abandonado -Vulnerável	-Triste -Deprimido -Vazio -Isolado -Pesaroso -Melancólico -Alienado -Desejo de estar com uma pessoa particular	-Impaciente -Aborrecido -Desejo de estar noutra local -Inquieto -Zangado -Incapaz de se encontrar	-Pouco atractivo -Severo consigo -Estúpido -Envergonhado -Inseguro

Fonte: Neto, F. (1992).Solidão, embaraço e amor. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Segundo Fernandes (1995) a redução progressiva da visão, da audição, a insegurança na capacidade de mobilização, a doença, a incapacidade, a dependência constituem experiências negativas que poderão conduzir o idoso à solidão, se o mesmo não tiver apoios familiares ou sociais.

Segundo Neto (1992) vários estudos procuraram determinar quais os grupos mais vulneráveis à solidão. Para o autor, existe na nossa cultura o estereótipo de que as pessoas idosas são as pessoas que mais sofrem de solidão, contudo os imensos estudos efectuados revelam que tal estereótipo não se confirma quando as pessoas revelam a sua própria experiência de solidão. Rubenstein, Shaver e Paplau (1979, citados por Neto, 1992) encontraram os scores mais elevados de solidão na faixa etária dos 18-25 anos e mais baixos após os 70 anos. Contudo, Dean (1962, citados por Neto, 1992) encontrou níveis de solidão muito semelhantes entre as pessoas dos 50-70 anos, mas mais elevados nos idosos com idade superior aos 80 anos, o que nos indica segundo o autor, que a solidão possa ser mais comum nas pessoas em idade muito avançada. Quanto ao estado civil, segundo Wess (1982, citado por Neto, 1992) as pessoas não casadas sofrem mais de solidão, comparativamente às pessoas que se encontram casadas. Contudo, quando estudado o subgrupo das pessoas não casadas, segundo Gubrium (1974, citado por Neto, 1992) o grupo das pessoas viúvas e divorciadas sofria mais de solidão do que o grupo das solteiras (os valores destas últimas não diferiam das pessoas casadas). A solidão, parece segundo nos refere Neto (1992), ser determinada mais pela perda de uma relação conjugal que pela sua ausência.

Para Meier-Ruge (1988, citado por Fernandes, 1995), é errado pensar-se que o ideal para

os idosos seria viverem com os seus filhos adultos e com os seus netos. Esta ideia advém da noção de que o afastamento das pessoas idosas do círculo familiar as leva à solidão. Tal ideia poderá ser enganosa, pois é uma realidade que muitos idosos que convivem com muitos amigos, ou com outros grupos fora da família sentem-se por vezes menos isolados e solitários do que aqueles que vivem só com a família.

Paúl (1991) num estudo seu acerca da satisfação de vida em idosos residentes em distintos ambientes, verificou que os idosos residentes em instituições se mostram mais solitários e insatisfeitos do que os idosos que residem na comunidade. A autora constatou também que os idosos analfabetos, principalmente os que residem em lares, vêm acrescida a sua solidão, fruto da dificuldade de acesso à informação, reforçando mais o seu isolamento.

## 2.6 – Representações da Velhice na Sociedade

Rodríguez (2000) diz-nos que a velhice constitui simultaneamente um facto pessoal e social, uma experiência vital e biográfica que suscita uma preocupação que atinge as pessoas de todas as idades. Os imensos estudos efectuados acerca de como a sociedade caracteriza a velhice, definem as condições sociais e institucionais na qual os idosos vivem. Para o autor, os recursos económicos, os recursos institucionais, os programas de apoio e promoção reflectem a ideia social compartilhada da experiência de ser idoso.

*2.6.1 – Visão positiva e negativa da velhice*

Para Rodriguez (2000) a definição social da velhice transporta consigo elementos de juízo e valor da experiência de ser idoso. Existem duas visões contrárias acerca da velhice, uma positiva e outra negativa.

A visão positiva, considera o idoso como um poço de sabedoria, rico de experiências, de alto status social, merecedor de grande respeito e com uma clara posição de influência sobre os demais.

Segundo Carrajo (1999) o facto de se poder afirmar que os idosos são os mestros da experiência deve-se ao facto de os mesmos terem vivido mais tempo e porque possuem mais conhecimentos acerca dos problemas psicossociais, não porque os estudaram, mas porque os viveram, os experimentaram. Para o autor, os idosos podem ensinar os mais jovens, quanto ao modo como se devem comportar perante situações limite, anteriormente já vividas pelos idosos, dado que no seu tempo também ocorriam alterações científicas, económicas e sociais, que apesar de não serem tão bruscas e rápidas, não deixavam de ser traumatizantes. Quanto à sabedoria, para o mesmo autor, a atribuição da mesma ao idoso, não estará relacionada com a definição clássica que define a sabedoria (entendida como o conhecimento profundo em ciências, letras e artes), mas sim pelo facto de o mesmo já estar há imenso tempo no mundo, sendo especialista em campos que não se encontram totalmente abarcados e explícitos nos livros. O mesmo salienta-nos ainda que a sabedoria que mais se valoriza nos idosos, diz respeito à sua própria velhice, na qual aquele idoso que realmente desfruta da sua vida, apesar das limitações que possam surgir, converte-se numa autoridade na arte do saber

envelhecer.

Para Rodriguez (2000) a segunda visão, destaca a velhice como um estado deficitário. Matras (1990, citado por Rodriguez, 2000) sintetiza esta experiência da velhice da seguinte forma: «fisicamente diminuído, mentalmente deficitário, economicamente dependente, socialmente isolado e com diminuição do status social» (p. 234).

Para Fernandes (1997) a velhice tornou-se um problema social, mobilizando pessoas, meios, esforços e atenções, a ela está vulgarmente associada «a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo...» (p. 10).

Brown (1996, citado por Rodriguez, 2000) salienta-nos que existe uma tendência para definir os idosos como pessoas necessitadas, com necessidades inespecíficas, na qual nem eles, nem os seus familiares podem satisfazê-las, tal reforçará a ideia de se considerar a velhice como uma etapa necessariamente subsidiada, dependente.

Remi Lenoir (1979, citado por Fernandes, 1997) referencia-nos a velhice como uma percepção negativa, citando-nos:

O surgimento da terceira idade, a categorização segundo a qual se é socialmente considerado velho, é o resultado de um processo de construção da representação da velhice encarada como problema social. Ser velho representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda. (p. 13)

Clara (1999) refere-nos que na nossa sociedade actual se verifica frequentemente objectos de promoção à beleza, à juventude, entre outros. Ao perceber-se como velho, o indivíduo sente que se afasta do modelo ideal idolatrado pela publicidade.

Para Neves (2001) tem-se associado à ideia de velhice, dois conceitos que se articulam no domínio físico e psíquico, são eles, o conceito de crescimento e o conceito de degenerescência, respectivamente compreendidos como: «crescimento mental, interior, que não se reduz à vertente intelectual mas engloba também o vivencial; degenerescência física ou do organismo em geral, exterior, podendo estender-se também à dimensão psíquica do homem» (p. 38). Para o autor a ideia de degenerescência é a que parece mais comumente associada à velhice.

Para Rodriguez (2000), a alteração da visão acerca da velhice, explica-se no âmbito das ciências sociais, como fruto do processo de modernização, denominada de hipótese da modernização. Quanto a esta hipótese, Cowgill (1986, citado por Rodriguez, 2000) refere-nos que as sociedades modernas têm tendência para ignorar as tradições culturais do passado, implicando uma transferência do status dos idosos para grupos pertencentes a outros segmentos de etapas do ciclo de vida. Por sua vez, esta perda de status explica-se também pelo estabelecimento de novos critérios de legitimação da forma de organização social, orientando-se por exemplo, para a mecanização, tecnologia, computadorização e ciência (como método). Assim, a sabedoria já não depende da pessoa, mas sim do método e dos resultados obtidos, o saber acumulado através da experiência perde valor, sendo substituído pelo saber legitimado pelo método e pelas consequências técnicas.

Segundo Rosa (1987), as sociedades em geral, desenvolveram vários estereótipos de velhice, a esse respeito cita-nos:

As sociedades em geral admitem que a velhice é um período em que a pessoa se encontra desgastada fisicamente e mentalmente. Admitem também que o velho é necessariamente improdutivo, dado a acidentes, e que é difícil conviver-se com a pessoa idosa. Para muitos, velhice é sinónimo de rigidez das estruturas mentais. (p. 89)

Ainda segundo Rosa (1987), estes estereótipos sociais da velhice podem derivar de várias fontes, tais como:

- As obras literárias. Exemplifica que nos contos de fada, regra geral a velhice é apresentada como algo detestável e que também os grandes autores da literatura universal, como Shakespeare, referem-se mais aos aspectos negativos da velhice do que aos aspectos positivos;

- A própria investigação científica acerca do processo de envelhecimento é muitas vezes responsável pela formação dos estereótipos de velhice.

Estudo efectuado por Ebersole (1985, citado por Berger & Mailloux-Poireier, 1995) identificaram sete mitos que parecem persistir em relação aos idosos, são eles:

- A maior parte dos idosos é senil ou doente;
- A maioria dos idosos é infeliz;
- No que concerne ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens;
- A maior parte dos idosos está doente e possui necessidades de ajuda para as suas actividades quotidianas;
- Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e

incapazes de mudar;

- Todos os idosos se assemelham;
- A maior parte dos idosos está isolada e sofre de solidão.

Também Belsky (2001) nos apresenta quatro estereótipos acerca da velhice, abarcando várias dimensões do ser humano, ora vejamos:

- Estereótipo n.º 1 – *Físico* – A maioria das pessoas maiores de 65 anos padecem de afecções físicas;

- Estereótipo n.º 2 – *Cognitivo* – Os maiores de 65 anos são incapazes de pensar com clareza;

- Estereótipo n.º 3 – *Emocional* – As pessoas maiores de 65 anos não são felizes, têm medo e deprimem-se;

- Estereótipo n.º 4 – *Social* – Os maiores de 65 anos estão sós e isolados, desconectados da família e dos amigos.

Para Neves (2001) verifica-se por vezes um paternalismo que ostensivamente proclama a designação dos “velhos” como “crianças” e a designação da “velhice” como a de “regresso à infância”. Tal se deve, porque a saúde é mais frágil, o grau de dependência aumenta e as capacidades de realização diminuem.

Segundo Fernandes (1997) as pessoas idosas:

constituem assim uma categoria social de indivíduos a necessitar da ajuda e solidariedade públicas. Exclusão e incapacidade caracterizam o estado geral deficitário que transmitem as imagens de velhice, produzidas por agentes encarregues do trabalho social nesta área. Estas imagens, frequentemente veiculadas por

agentes da acção social em comunicações científicas e paracientíficas, em seminários e colóquios sobre velhice, dão-nos a ideia de que o idoso é alguém à parte, que não integra a vida dos activos – a nossa, e que contraiu uma enfermidade fatal, sem retrocesso, a velhice, da qual, os outros, os não velhos, parecem estar imunizados. (p. 155)

Segundo Santos (2001), geralmente o envelhecimento é associado à doença e à morte. Para o autor, é uma realidade que existem muitas doenças cuja incidência aumenta com a idade, contudo o envelhecimento não é sinónimo de doença, pois «pode-se envelhecer sem se estar doente» (p. 84). A atribuição da morte ao envelhecimento constitui uma ideia errónea, pois embora a probabilidade de morrer aumente com a idade, um indivíduo pode morrer jovem.

As imagens negativistas e os mitos que se têm construído em volta do processo de envelhecimento, desvalorizam o estatuto social do idoso e condicionam as suas oportunidades de realização e de autovalorização. No entanto, também a este nível, segundo Pimentel (2001) «as representações negativas acerca da velhice são exageradas e o idoso ocupa na família e na sociedade uma posição que está longe de ser, em muitos casos, de desvalorização ou marginalização» (p. 19).

Berger e Mailloux-Poireier (1995) referem-nos que por vezes os estereótipos e os mitos se devem ao desconhecimento do processo de envelhecimento, razão porque ligam a velhice «à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à impotência sexual, à rigidez de carácter, às rugas e aos cabelos brancos» (p. 67). Os autores salientam-nos ainda, que estes mitos e estereótipos por vezes são responsáveis pelo aparecimento de perturbações

nos idosos, dado que negam o seu processo de crescimento e impedem que os mesmos reconheçam as suas potencialidades.

Para Costa (1998) a influência das crenças e dos valores é deveras importante nas atitudes e comportamentos dos enfermeiros face aos idosos, a esse respeito esta autora apresenta-nos na figura 5 um esquema onde se pode verificar uma exemplificação de relação entre crenças/atitudes (adaptado de Carnaveli & Patrick, 1986).

Figura 5 – Relação crenças/atitudes

Crenças, Valores	Atitudes, Comportamentos
<b>Influências negativas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- as pessoas idosas já não aprendem</li> <li>- a inteligência diminui com a idade</li> <li>- a imagem corporal nos idosos é pouco importante</li> <li>- quase todos os idosos acabam os seus dias doentes e internados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pensar que é inútil fazer-lhes ensino para a saúde</li> <li>- falar com os idosos como se eles fossem crianças</li> <li>- não valorizar os aspectos estético e de vestuário</li> <li>- acentuar os cuidados curativos, não valorizando a prevenção e a autonomia</li> </ul>
<b>Influências positivas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- os idosos tomam decisões pertinentes</li> <li>- os idosos têm direito à sua intimidade</li> <li>- os idosos devem conservar a sua autonomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ajudar a escolher, dando ao idoso informações completas e exactas</li> <li>- falar com eles sobre os motivos que nos obrigam a violá-la</li> <li>- não os substituir e encorajar a sua participação, não obstante o maior tempo de utilização de cuidados de Enfermagem</li> </ul>

Fonte: Costa, M.A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Editora Fim de Século.

Berger e Mailloux-Poireier (1995) salientam-nos que a percepção que o enfermeiro

possui acerca do ser-se idoso, acerca da velhice, vai influenciar a qualidade do seu cuidar.

Nesse sentido os autores realçam-nos:

As enfermeiras em gerontologia, mantêm, em relação aos idosos, estereótipos ligados à dependência, à inactividade e ao isolamento. Parece que eliminando esses estereótipos e atribuindo aos beneficiários qualidades mais positivas, seria possível elevar a qualidade dos cuidados de forma a responderem melhor aos objectivos de adaptação ao meio e de readaptação funcional. (p. 70)

Um estudo efectuado por Terri Brower (1985, citado por Berger e Mailloux-Poireier, 1995), acerca das atitudes das enfermeiras relativamente aos idosos, concluiu:

- As enfermeiras mais experientes e as que tem um nível de formação mais elevado têm atitudes mais positivas face aos idosos que cuidam;

- O período em que as enfermeiras são mais negativas relativamente aos idosos, situa-se entre os dois e os dez anos de profissão;

- As enfermeiras que passam mais tempo com idosos (85% a 90% do seu tempo) apresentam atitudes menos boas relativamente às que tem contactos menos frequentes (20% a 28% do seu tempo);

- As enfermeiras que trabalham no domicílio ou em saúde comunitária têm atitudes mais positivas relativamente à velhice e aos idosos.

Segundo Brundtland (1999) diariamente a maioria das pessoas idosas prova que os mitos (como por exemplo, que as pessoas idosas são frágeis, que as pessoas idosas não têm nenhum contributo a dar, que as pessoas idosas são um peso económico para a sociedade, entre outros) que se construíram à sua volta, não passam de noções erradas.

Para José Reis (2000) cada idade tem os seus aspectos positivos. O homem deve recusar a imagem duma:

Velhice cinzenta, decadente, assexuada, privada de papéis significativos, cheia de problemas de saúde, doenças, uma velhice na qual a decadência física, psíquica e social dominam; é preciso, pelo contrário, lutar para conquistar para si próprio e para os outros o direito de viver plenamente todos os anos que se seguirão. (p 16)

Para Pimentel (2001) o significado atribuído ao trabalho e envolvimento do idoso na dinâmica familiar ou na instituição é deveras importante, pois nega os mitos de improdutividade e da dependência que são construções sociais que influenciam as representações da velhice.

Moñivas (1998) salienta-nos que é uma realidade a atribuição de conotações negativas à velhice, utilizando-se termos como «doença, incapacidade, dependência» (p. 17). Contudo para o autor, a mesma pode não significar necessariamente incapacidade ou limitação funcional, pois pode também significar desenvolvimento ao nível do psicológico e em novas formas de adaptação social. Assim, para o autor existem dois modelos que tentam explicar a representação da velhice. Um denominado modelo da diminuição, no qual encara a velhice com perdas. Outra denominada de modelo de crescimento, segue as linhas da teoria do ciclo de vida, destacando as vantagens da velhice, como por exemplo, o aumento do tempo livre, a diminuição das responsabilidades, a maior prestação ao que é vitalmente importante.

## CAPÍTULO III – OS ENFERMEIROS

A enfermagem como actualmente é entendida, não tem muitos anos. Segundo Abreu (2001), em Portugal, foi essencialmente nas últimas duas décadas, que a profissão de enfermeiro alcançou um estatuto de maioridade no campo da saúde, acompanhada de um acentuado desenvolvimento da disciplina de enfermagem, que forneceria uma maior consistência ao corpo de conhecimentos próprios da profissão.

### 3.1 – Perspectiva Histórica do Desenvolvimento da Enfermagem

Para Collière (1989) desde longa data, a prática de cuidados estava essencialmente ligada às mulheres. Desde a Pré-história até à Idade Média, o cuidar visava fundamentalmente a manutenção da vida, papel esse, essencialmente atribuído à mulher, elaborado a partir do seu poder de fecundidade e de todas as formas simbólicas que a mesma gera. Nessa época os cuidados não pertenciam a um ofício e muito menos a uma profissão.

Por influência do cristianismo, o cuidar deixa de ser direccionado para a manutenção da vida e passa a centrar-se sobre a doença (vista como um castigo de Deus), na qual o importante não era salvar o corpo, mas sim a alma. É essencialmente a partir dos finais da Idade Média que a prática dos cuidados passa a ser assumida pela mulher religiosa, cujo princípio orientador da vida se baseava na caridade.

Ainda segundo Collière (1989) a dessacralização do poder político e a separação da igreja do estado, vão levar a passagem da responsabilidade dos cuidados, da mulher consagrada

para a mulher enfermeira na vertente auxiliar do médico.

Para Meyer (1995, citada por Bento, 1997) o encontro no mesmo espaço físico e no mesmo espaço social (hospital / doente) entre as práticas médicas e as práticas de enfermagem, introduz um novo período no desenvolvimento da prática de enfermagem.

As descobertas científicas evoluíram fortemente o campo da medicina e empurraram para a enfermagem o modelo biomédico. O cuidar vai-se transformar em tratar.

Carvalho (1996) refere-nos que no século XIX, Florence Nightingale ao revolucionar as estruturas básicas da saúde comunitária funda a Enfermagem Moderna, em 1860, a mesma constitui uma escola modelar em Londres, abrindo assim «caminhos à profissionalização da enfermagem e implicitamente, ao ensino, lançando as bases para o saber e o saber fazer, próprios e específicos da enfermagem» (p. 41).

A conceptualização dos modelos teóricos de enfermagem que surgem a partir da década de 60, pretendem servir de guia à prática do cuidar em enfermagem, pretendem também ganhar cientificidade e autonomia para a profissão.

### 3.2 – Evolução e Caracterização Sócio-Profissional da Enfermagem em Portugal

Segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2002) em Portugal, a primeira tentativa de criar uma escola de enfermagem surge no ano 1881, por Costa Simões, médico e administrador dos Hospitais de Coimbra, com o intuito de fornecer uma melhor

instrução aos enfermeiros que já aí labutavam, de forma a que estes pudessem aprender cientificamente o ofício, coadjuvando e substituindo o médico em tarefas sem dependência de uma direcção puramente científica. Outro dos objectivos dessa escola, visava habilitar “as criadas” a poderem concorrer para lugares de quadro de enfermeiro dos Hospitais de Coimbra, na qual para se poder ingressar exigia-se que soubessem ler, escrever e executar todas as quatro operações aritméticas.

Após a implementação da república, a primeira carreira de enfermagem da função pública, surge em 1949, isto acontece dois anos após a nova reforma do ensino de enfermagem, que vem exigir maiores habilitações. Discriminam-se várias categorias profissionais: Enfermeiro-Geral; Enfermeiro Chefe; Enfermeiro-Subchefe; Enfermeiro de 1ª Classe; Enfermeiro de 2ª Classe; Auxiliar de Enfermagem; Estagiário. O enfermeiro chefe ou subchefe passa a superintender a enfermagem de um pavilhão ou enfermaria.

Com as crescentes exigências técnicas e científicas, nos finais dos anos 70, passa a ser obrigatório o 2º ciclo liceal como habilitação literária mínima para o ingresso no Curso de Enfermagem Geral, com duração de três anos. Mantêm-se o curso dos auxiliares de enfermagem, cuja a habilitação mínima de ingresso é o 1º ciclo liceal, com duração de 18 meses. Por obra do movimento reivindicativo dos enfermeiros conquista-se a reestruturação global da carreira e do enquadramento salarial, definem-se horários de trabalho, entre outros.

Em 1971, o Ministério da Saúde e Assistência dá origem a um processo que passa pela implementação da prestação de cuidados, que não se ficam unicamente pela cura. Surgem os Centros de Saúde, na qual os enfermeiros que para aí vão passam a ter um papel

preponderante na promoção da saúde, na prevenção da doença, no ensino às populações.

Em 1972, ocorre a alteração da lei de bases do sistema educativo. É criado o curso de promoção de auxiliares de enfermagem, com a duração de dois anos, na qual permitia a passagem destes a enfermeiros.

Segundo Abreu (2001), é principalmente desde a revolução dos cravos (25 de Abril de 1974), que a enfermagem em Portugal alcança um lugar social que se compatibiliza com as realidades internacionais.

Enfermeiros e auxiliares de enfermagem chegaram a consenso que deveria haver um único nível de formação inicial, nesse sentido, em Setembro de 1974 acaba formalmente o curso de auxiliares de enfermagem. Mediante cursos de promoção, os auxiliares tem a possibilidade de passarem a enfermeiros. Desde essa data, passa então a haver um só nível de formação – Curso de Enfermagem Geral, com a duração de três anos.

Em 1976 reformulam-se as categorias e o reenquadramento salarial. Os horários passam para as 36 horas. Em 1980, os cerca de 15 mil ex-auxiliares de enfermagem terminam a sua formação complementar e ascendem a enfermeiros. Todos os enfermeiros passam a ter acesso à carreira construindo-se assim, a unificação de todos os profissionais de enfermagem.

Pelo Decreto-Lei 480/88, de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico, conferindo o grau académico de Bacharelato. A admissão ao curso superior de enfermagem exige requisitos

idênticos à entrada para qualquer outro curso do ensino superior. Os cursos de especialização em enfermagem, destinados para enfermeiros com o intuito de seguirem uma área específica em termos de cuidados, bem como com o intuito de progredirem na carreira, ascendendo para a categoria de enfermeiro especialista, passam a conferir o grau académico de licenciatura.

Após a integração do curso de enfermagem no ensino superior, a 8 de Novembro de 1991 é publicado o decreto-Lei nº 437/91, que aprova o regime legal da carreira de enfermagem, dotando-a de mecanismos adequados à natureza da profissão e às características do seu exercício.

Em 1996, é publicado o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro), considerado como marco de referência, na medida em que esta legislação vem anular conceitos anteriores que colocavam os enfermeiros apenas como auxiliares dos médicos, servindo de instrumento essencial na caminhada da autonomia profissional.

Regulamentado o exercício profissional dos enfermeiros, abria-se a porta para a criação do órgão de controle (associação profissional de direito público), como de facto acabou por acontecer, o estado português reconhece, através da criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Decreto de Lei 104/98, de 21 de Abril de 1998) a idoneidade da profissão para se auto-regular e promover a regulamentação das práticas de enfermagem, garantindo o interesse público, o respeito pelas normas deontológicas e a dignidade da profissão. No mesmo ano, com as mudanças que ocorrem ao nível da organização do Ensino Superior, o Curso Superior de Enfermagem passa de 3 para 4

anos, passando a conferir o grau acadêmico de Licenciatura. Todos os enfermeiros que queiram obter o mesmo grau terão de frequentar o complemento de formação em enfermagem, com a duração de um ano.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, em 31 de Dezembro de 2002 estavam inscritos na mesma 41788 enfermeiros, desses 34078 eram do sexo feminino, perfazendo 82% da amostra, enquanto que 7710 eram do sexo masculino, perfazendo 18% da população dos enfermeiros.

Tabela 1 – N.º Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses

	N	Percentagem (%)
Feminino	34078	82%
Masculino	7710	18%
<b>Total</b>	41788	100%

Fonte: Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003). *Distribuição dos Enfermeiros Activos por Género*. Texto inédito, Lisboa, DC: Autor.

### 3.3 – Formação e Práticas de Cuidados de Enfermagem aos Idosos

Segundo Nuno Grande (citado por Costa, 2002), a pessoa idosa possui uma biologia característica e distinta da do adulto, pelo que «não pode ser considerado no restrito de um padrão de atitudes de diagnóstico e terapêutica, convencionadas sem referência às variáveis próprias da velhice» (p. 14). Seguindo esse sentido, para o autor torna-se imperativo a aquisição de uma competência específica no âmbito do idoso, pois a especificidade dos cuidados a prestar à pessoa idosa assim o vão exigir.

Costa (1998) pesquisou o percurso formativo dos enfermeiros no âmbito dos idosos, ocorrido em Portugal desde 1965 até 1987, tendo como base os planos de estudo dos cursos de enfermagem, verificando que:

- Em 1965, como conteúdos teóricos, são referidos os cuidados de enfermagem a “doentes velhos” e à protecção das pessoas idosas e anciania na saúde pública. Dessa época não são referidos estágios em serviços de idosos, nem trabalhos de investigação nesse âmbito;

- Em 1977, abordam-se temas de saúde na anciania no 1º ano do curso e a psicologia da velhice no 2º ano. Continuam a não ser referidos estágios ou trabalhos de investigação;

- Em 1987, abordam-se aspectos de enfermagem geriátrica. Não são referidos estágios em serviços de idosos, contudo surgem os primeiros trabalhos de investigação nesse âmbito.

Os planos de estudo do curso superior de enfermagem de algumas escolas (como por exemplo, o das Escolas Superiores de Enfermagem Jean Piaget), com licenciatura de base, contemplam já a disciplina de gerontologia, bem como a realização de estágios em serviços de idosos. Ultimamente imensos trabalhos de investigação são efectuados neste âmbito.

Costa (2002) constatou em pesquisas realizadas em meio hospitalar e em lares de idosos, que o desenvolvimento de conhecimentos e de saberes técnicos se devia em parte à formação e à informação obtida nas escolas de enfermagem, contudo não se confinava unicamente ao universo escolar, pois segundo a autora:

Ao procurar-se elucidar os aspectos mais significativos da vida profissional e dos cuidados profissionais, pudemos perceber que os acontecimentos relacionados com

jogos de poder, crises, conflitos, interacções pessoais e profissionais estruturam a confiança, os valores, as representações e as crenças dos enfermeiros, nos quais se enraízam os cuidados aos idosos. (p. 23)

Na base de uma dinamização para a aprendizagem e para a construção de competências, estará essencialmente a experiência e o contacto com a realidade. A produção de competências que se relaciona à formação e à experiência profissional, é influenciada pelas variáveis da organização e da cultura local (Costa, 2002).

Visando pesquisar como se constrói o saber geriátrico dos enfermeiros, em Portugal, Arminda Costa (2002) identificou dois pilares ideológicos que se constituem nos eixos estruturantes dos cuidados geriátricos, pelos quais se identificam as lógicas de acção, são eles:

- A área explicativa dos cuidados geriátricos, organizada em torno dos cuidados aos doentes idosos, do grupo de pares e para o exterior da profissão, objectivada pela visibilidade dos cuidados geriátricos, tais como as funções profissionais (tratar e cuidar, ou os cuidados de manutenção e reparação) e as funções que possibilitam a reorganização do ambiente do idoso em ambiente terapêutico de saúde e bem-estar;

- A área implicativa do enfermeiro que cuida de idosos, sendo enraizada na sua personalidade e é inerente ao seu modo de ser pessoa, gerando a partir do que é e através da sua implicação na actividade de cuidados aos idosos, novas formas de cuidar, mediante um processo formativo auto e hetero-estruturante, sendo ao mesmo tempo, revitalizador do contexto pela construção partilhada.

Ainda segundo a autora referida no parágrafo anterior, tendo presente uma recomendação

efectuada pela União Europeia (recomendação XV/E/8301/4/94), acerca da formação no domínio dos cuidados aos idosos, a mesma diz-nos que o enfermeiro é responsável por funções como:

- Planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados de enfermagem, numa multiplicidade de situações, com participação activa dos idosos, das suas famílias e da comunidade;

- Gerir a prestação de cuidados de saúde nos serviços, incluindo a promoção da saúde, a profilaxia, os cuidados curativos e a reabilitação ou serviços de apoio aos idosos, suas famílias e grupos específicos;

- Transmitir ensinamentos aos idosos, à sua família, aos que lhes prestam cuidados e ao pessoal de saúde;

- Contribuir activamente como um membro efectivo da equipe de cuidados;

- Desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem aos idosos através da reflexão crítica e da investigação.

Se consultarmos o Regime Legal da Carreira de Enfermagem, publicado a 8 de Novembro de 1991 – decreto-Lei nº 437/91, verificamos relativamente às áreas de actuação da prestação de cuidados, e especificamente ao conteúdo funcional das várias categorias de enfermeiro, que esta não faz qualquer referência específica ao âmbito dos idosos, apenas é referenciada na generalidade de actuação – “o utente”, entendido como individuo, família ou grupos. Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicado a 4 de Abril de 1996 – decreto-Lei nº 161/96, não faz qualquer referência específica no âmbito dos idosos, apesar de constituir um documento com o intuito de clarificar conceitos, caracterizar os cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados, definir a responsabilidade, definir

os direitos e os deveres dos profissionais, de forma a dissipar dúvidas e a prevenir equívocos suscitados quer ao nível dos vários elementos que fazem parte das equipas multidisciplinares de saúde, quer ao nível da população em geral. Por sua vez, consultando o código deontológico publicado aquando da criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, a 21 de Abril de 1998 – Decreto de Lei 104/98, verificamos pela primeira vez a referência à pessoa idosa, na secção II, alínea C do artigo 81.º (valores humanos), que nos especifica que: «o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida» (p. 1754).

**II PARTE**

**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO

### 4.1 – Justificação do Estudo

Atendendo que o envelhecimento demográfico é cada vez mais uma realidade, atendendo que a população idosa é um grupo socialmente vulnerável e grande consumidor de cuidados de saúde, com as suas próprias especificidades resultantes do processo natural de senescência, implicando a necessidade de formação específica neste âmbito, tal levou-me a efectuar uma pesquisa inicial, acerca do percurso formativo dos enfermeiros, na qual pude constatar que a formação (teórica / prática) ministrada no âmbito dos idosos, somente nos últimos anos começa a tomar relevo.

Aquando do meu desempenho profissional, por enumeras vezes constatei que os profissionais de enfermagem referiam diferentes representações acerca da velhice, muitas delas incluem-se no que a conceptualização teórica denomina de crenças, estereótipos, mitos, isto é, para muitos, a velhice parece traduzir as limitações, a dependência, contudo contrariamente, para outros a velhice parece traduzir a sabedoria, o respeito. Isto levou-me a questionar: O que predominará socialmente na nossa classe? Esse predomínio será idêntico aquando da imaginação de distintas situações com o idoso, hipoteticamente supostas (integração do idoso na sociedade, partilha da residência com um idoso, o idoso como um utente do serviço de saúde)? Será que os conteúdos representacionais se mantêm aquando da distinção desta etapa das outras etapas da vida? Será que conteúdos representacionais acerca da velhice, que mais predominam em enfermeiros, têm relação com o sexo e com o facto de se residir ou não com idosos?

Consultada alguma bibliografia, deparei-me que autores como Berger e Mailloux-Poireier (1995), Arminda Costa (1998), entre outros, salientam-nos que a representação que se tem acerca da velhice, acerca do ser-se idoso, pode influenciar a qualidade de quem cuida. Nuno Grande (citado por Costa, 2002) refere-nos que o desconforto evidente dos profissionais de saúde, para intervir junto dos idosos, balança entre a sua incapacidade em compreender a velhice e a de ter as respostas adequadas para os seus problemas. Para Canário (citado por Costa, 1998) o gostar ou não de trabalhar com idosos decorre das representações que os enfermeiros possuem acerca de si, acerca da sua profissão, do contexto onde exercem funções, da velhice e dos idosos.

Toda esta problemática referida nos parágrafos anteriores, levou-me a reflectir na importância que poderá constituir um estudo efectuado no âmbito das representações sociais da velhice na classe profissional em questão.

#### 4.2 – Objectivos da Investigação

Este estudo tem como objectivo geral:

- Conhecer a representação social da velhice em enfermeiros.

São objectivos específicos:

- Identificar os conteúdos representacionais com maior predomínio, que os enfermeiros construíram acerca da velhice;
- Identificar os conteúdos representacionais com maior predomínio, que os enfermeiros construíram, aquando da imaginação do idoso em distintos contextos hipoteticamente

supostos;

- Identificar os conteúdos representacionais com maior predomínio, que os enfermeiros construíram acerca da distinção da velhice das outras etapas da vida;
- Procurar encontrar a existência ou não de diferenças significativas em relação aos conteúdos representacionais que mais predominam acerca da velhice em função do género e em função de residir ou não com idosos.

### 4.3 – Metodologia

Visando investigar a representação social da velhice em enfermeiros, o desenho da pesquisa será do tipo descritivo, pois apenas se irá observar e descrever uma determinada realidade espaço-temporal, não havendo qualquer intervenção, manipulação da nossa parte.

#### *4.3.1 – Instrumento de recolha de dados*

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário (ver anexo 1 – Instrumento de recolha de dados) aplicado a 200 enfermeiros. Este questionário foi dividido em dois grupos:

- Um primeiro grupo composto por 5 questões abertas direccionadas para o estudo da representação da velhice em enfermeiros. A primeira questão visa identificar a imagem que os enfermeiros têm acerca da velhice, mais especificamente, visa identificar quais as categorias que mais predominam acerca da mesma, bem como o seu sentido de

orientação. A segunda questão, procura identificar a imagem que os enfermeiros possuem acerca da integração do idoso por parte da sociedade. Com a terceira questão, pretende-se conhecer a orientação da representação da velhice nos enfermeiros, suscitadas pela imaginação hipotética de ter que partilhar a sua casa com um idoso. A quarta questão visa a identificação da imagem da velhice em enfermeiros, quando os mesmos imaginam que recebem o idoso no seu local de trabalho. A última questão destina-se a identificar a imagem que os enfermeiros possuem da velhice, quando pretendem distinguir a mesma das outras etapas da vida.

- Um segundo grupo, com o qual se pretende recolher certos elementos que caracterizam a amostra: o sexo, a idade, a formação académica, o local onde presta funções, os anos de actividade profissional, o facto de residir ou não com idosos.

#### *4.3.2 – Amostra*

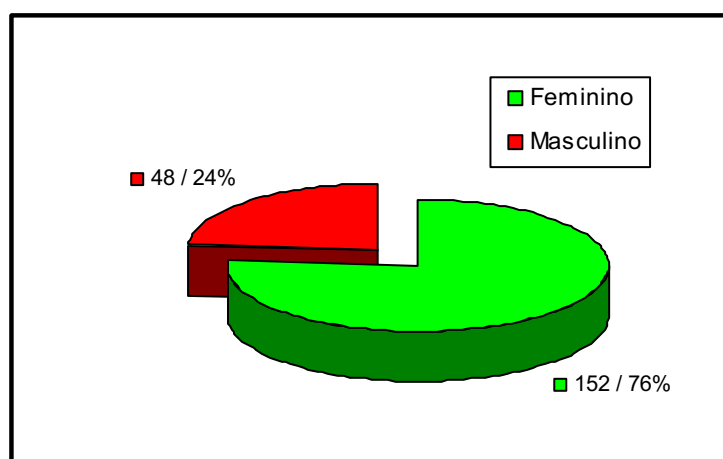
Neste estudo a população alvo são os enfermeiros e os docentes com formação básica em enfermagem. Pretendemos obter uma amostra constituída por duzentos indivíduos. Para tal foi solicitado a vários Hospitais, Centros de Saúde e Escolas Superiores de Enfermagem do distrito de Bragança, a colocação de um questionário por nós elaborado (ver anexo 2 – solicitação e autorização para a aplicação dos questionários). Obtida a respectiva autorização, foram colocados vários questionários nas seguintes instituições:

- Centros de Saúde – Bragança, Vinhais, Moncorvo e Miranda do Douro;
- Hospitais – Hospital Distrital de Bragança, Hospital Distrital de Mirandela, Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros;
- Escolas Superiores de Enfermagem – E.S.E de Bragança e E.S.E Jean-Piaget do

Campus Académico de Macedo de Cavaleiros.

Obtida a amostra de duzentos indivíduos, constatamos que a mesma é maioritariamente feminina, pois é constituída por 152 indivíduos do sexo feminino e 48 do sexo masculino, tal como se pode observar seguidamente no gráfico 1.

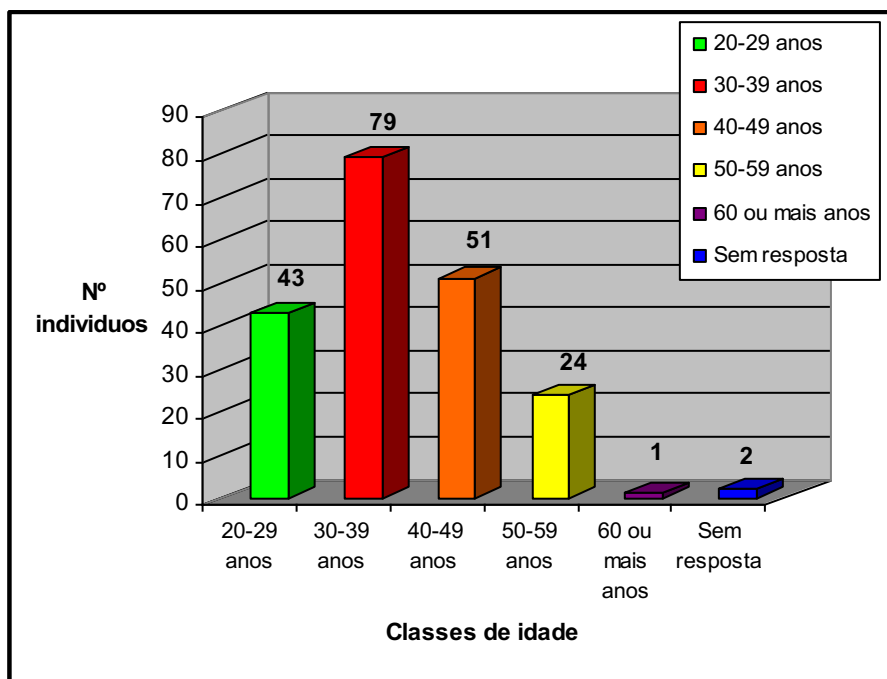
Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o género



Na amostra obtida, quanto à idade dos indivíduos, a idade mínima é de 23 anos, a máxima de 62 anos, verificando-se uma amplitude de 39 anos e uma média de idade próxima dos 38 anos (37,87). O desvio padrão situa-se perto dos 9 anos (8,84). De referir que na nossa amostra houve dois indivíduos que não responderam à questão da idade que tinham.

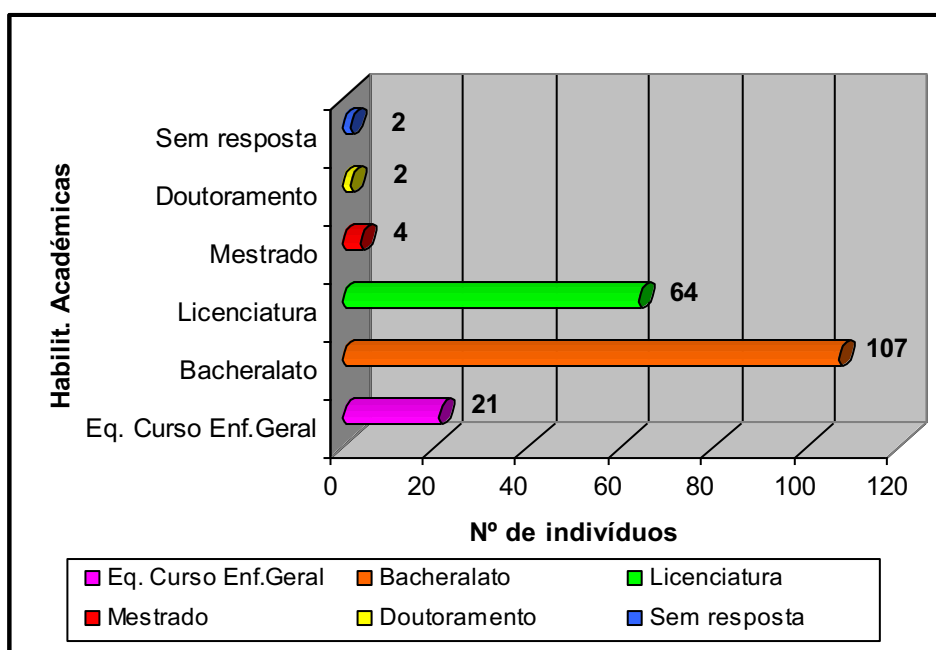
Seguidamente no gráfico 2 apresenta-se a frequência de indivíduos da nossa amostra por classes de idade compreendidas nos seguintes intervalos: 1 – 20-29 anos; 2 – 30-39 anos; 3 – 40-49 anos; 4 – 50-59 anos; 5 – 60 ou mais anos. Constatamos que a maior frequência de indivíduos por classes, se encontra na idade compreendida entre os 30-39 anos.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por classes de idade



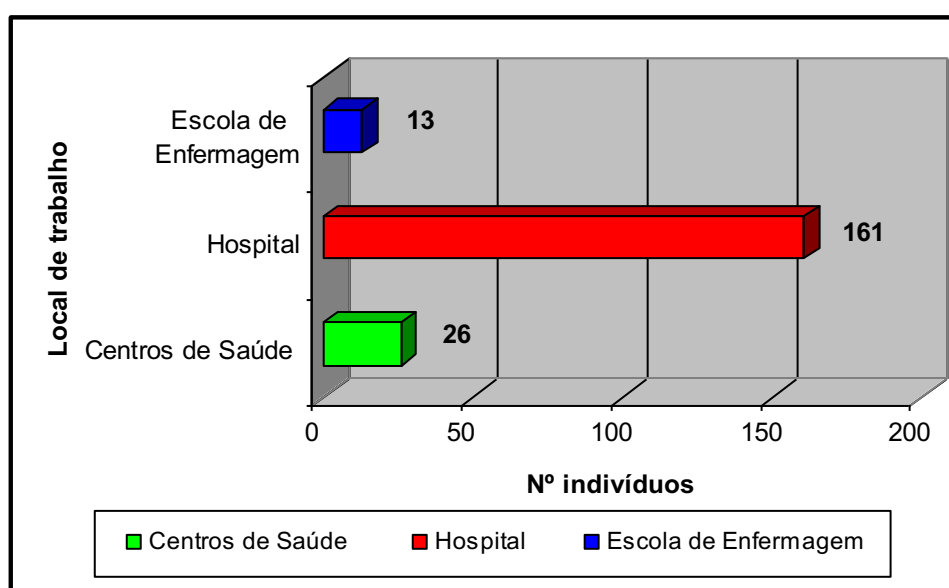
Em termos de habilitações académicas, verifica-se que na nossa amostra predomina o Bacharelato (107 indivíduos - 53,5% da amostra), tal como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias



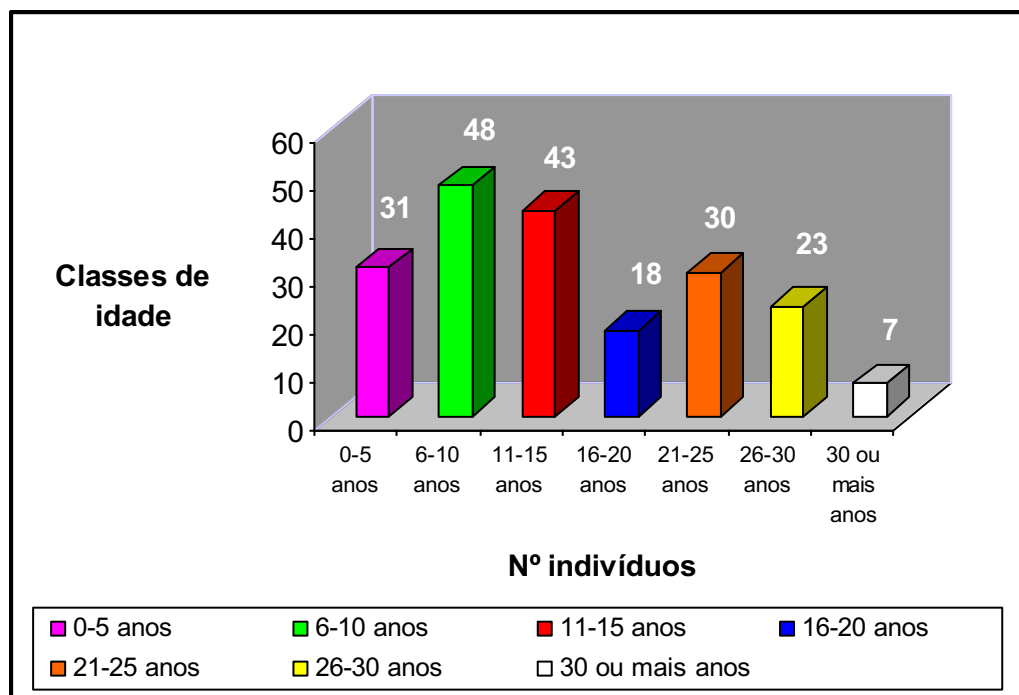
Quanto ao local onde o indivíduo desempenha funções, verifica-se que relativamente à nossa amostra, a maioria desempenha funções no hospital (161 indivíduos - 80,5% da amostra). Por ordem decrescente, em seguida verifica-se que 26 indivíduos exercem funções no centro de saúde (perfazendo 13% da amostra) e 13 indivíduos exercem funções na escola como docentes na área de enfermagem (perfazendo 6,5% da amostra).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o local onde desempenha funções



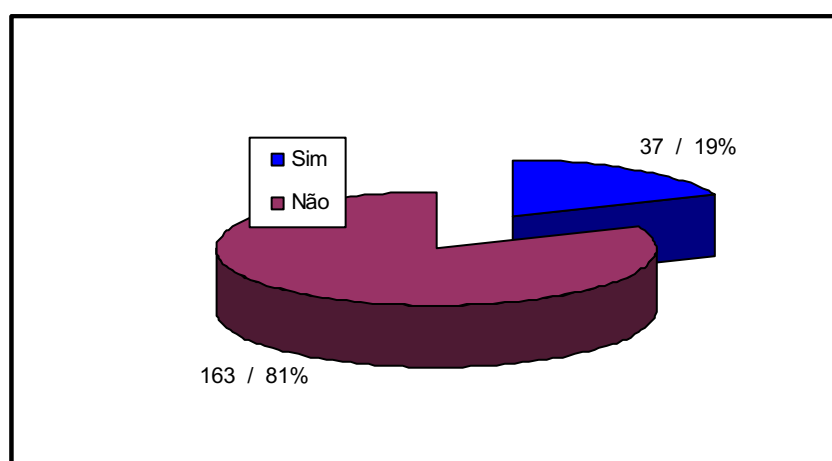
Em termos de anos de actividade profissional, na nossa amostra o número mínimo de anos de actividade exercida é de um ano, enquanto que o máximo é de 35 anos, significando uma amplitude de 34 anos, a média do número de anos de actividade profissional situa-se perto dos 15 anos (14,72), o desvio padrão situa-se perto dos 9 anos (8,92). Seguidamente no gráfico 5 apresenta-se a frequência de indivíduos da nossa amostra por anos de actividade compreendidas nos seguintes intervalos: 1 – 0-5 anos; 2 – 6-10 anos; 3 – 11-15 anos; 4 – 16-20 anos; 5 – 21-30 anos; 6 – 31 ou mais anos. Aí poder-se-á constatar que a classe entre os 6 e os 10 anos de actividade profissional é a que apresenta uma maior frequência de indivíduos (48 indivíduos – 24% da amostra).

Gráfico 5 – Distribuição da amostra por classes de anos de actividade profissional



Seguidamente, no gráfico 6, verificamos que 81% dos indivíduos não vivem com idosos, enquanto que os restantes 19% vivem com idosos.

Gráfico 6 – Distribuição da amostra em função de viver ou não com idosos



#### 4.3.3 – Procedimentos

Para Carmo e Ferreira (1998), tradicionalmente associa-se aos paradigmas, a investigação quantitativa e a investigação qualitativa, cuja sua distinção diz respeito à produção do conhecimento e ao processo de investigação e pressupõe a existência de uma correspondência entre epistemologia, teoria e método. Contudo a distinção é usualmente empregue em termos de método. Para os autores, nas últimas décadas tem sido objecto de discussão, as vantagens e as desvantagens quanto à adequada aplicação de métodos quantitativos e de métodos qualitativos em Ciências Sociais, sendo por vezes encarada a possibilidade de utilizar-se uma articulação de ambos. Para Reichardt e Cook (1986, citado por Carmo e Ferreira, 1998) a triangulação metodológica permite uma melhor compreensão dos fenómenos. São vários os autores que empregaram ambas as metodologias, tais como Cronbach et al (1980, citado por Carmo e Ferreira, 1998), Miles e Huberman (1984, citado por Carmo e Ferreira, 1998) Patton (1990, citado por Carmo e Ferreira, 1998), entre outros.

Para a concepção do nosso estudo, recorreremos à triangulação de metodologias, pois utilizaremos quer as metodologias quantitativas, quer as qualitativas.

Inicialmente utilizaremos as metodologias qualitativas (recorrendo-se à análise de conteúdo) de forma a identificarmos, acerca da velhice, as dez principais categorias apontadas pelos enfermeiros, bem como de forma a identificaremos as dez principais categorias que resultam da imaginação de distintas situações com o idoso, hipoteticamente supostas por nós (integração do idoso pela sociedade, partilha da casa com um idoso, recepção de um utente idoso no serviço) com o intuito de nos fornecerem uma orientação da representação da velhice, aquando da imaginação de diferentes contextos. Segue-se ainda no campo das metodologias qualitativas, a

identificação das dez principais categorias apontadas pelos enfermeiros, aquando da distinção da velhice das outras etapas da vida. Identificadas as principais categorias acerca da velhice, passaremos às metodologias quantitativas, relacionando as dez categorias mais apontadas, que os enfermeiros construíram acerca da velhice, com o género e com o facto de residir ou não com idosos, com o intuito de se encontrar a existência ou não de diferenças significativas entre essas variáveis, recorrendo-se para tal, ao programa estatístico informático – SPSS (10.0). Este programa informático será também utilizado na caracterização da amostra.

#### 4.3.3.1 - Metodologia qualitativa

Com o intuito de tratar o conteúdo comunicacional das questões abertas, utilizou-se a análise de conteúdo. Esta é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais (Vala, 1986b). Os seus domínios de aplicação são vastíssimos. Para Krippendorff (1980, citado por Vala, 1986b), a análise de conteúdo é uma técnica «que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto» (p. 103).

O trabalho foi iniciado com a selecção do corpus. Para Bardin (1977) este constitui o conjunto de documentos tidos em conta que irão ser submetidos aos procedimentos analíticos. Neste estudo o corpus corresponderá aos 200 questionários aplicados.

Após a definição do corpus partiu-se para a codificação, que segundo Holsti (1969, citado por Bardin, 1977) a mesma significa «o processo pelo qual os dados brutos são

transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo» (p. 103).

O trabalho de codificação segundo Bardin (1977) compreende três fases:

- O recorte, isto é a escolha das unidades (de registo e de contexto). A unidade de registo é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria. Os recortes podem-se efectuar a nível semântico, o «tema», por exemplo, ou a nível linguístico, como por exemplo, a «palavra» ou a «frase». A unidade de contexto é a unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às de unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo (exemplos: frase → palavra, parágrafo → tema).

- A enumeração ou modo de contagem. Existem diversos tipos de enumerações (a presença / a frequência / a frequência ponderada / a intensidade / a direcção / a ordem / a co-ocorrências). A frequência foi o tipo de enumeração utilizada neste estudo. A importância de uma unidade de registo aumenta com a sua frequência de aparição.

- A classificação e agregação que corresponde à escolha de categorias. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. Comporta duas etapas, o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos). A categorização pode empregar dois processos inversos, por caixa (é dado o sistema de categorias e o

analista vai repartindo os elementos pelas caixas) ou por milha (o sistema de categorias resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos). No nosso estudo, quanto ao processo de categorização, o procedimento utilizado foi por milha.

Tendo ainda em consideração o autor anterior, a escolha de categorias regeu-se pelas seguintes regras:

- Exclusão múltipla: cada elemento não deve existir em mais de uma categoria;
- Pertinência: a categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido;
- Homogeneidade: no mesmo conjunto categorial só pode funcionar um registo e uma dimensão de análise;
- Objectividade e a finalidade: as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises;
- Produtividade: considera-se que um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis.

Efectivamente, procedeu-se à inventariação / enumeração exhaustiva de todas as unidades de registo e de todas as frequências e respectivas referências, de forma a podermos daí tratar os resultados, extrair ilações, referenciar o que mais emerge.

Aplicada a análise de conteúdo nas metodologias qualitativas, tal técnica permitiu-nos identificar as dez principais categorias respectivamente para cada uma das cinco questões

do questionário por nós aplicado, fornecendo-nos respostas para os três primeiros objectivos específicos do nosso estudo. Assim, foi possível identificar os elementos da representação social que os enfermeiros construíram acerca da velhice, o seu sentido de orientação face a diferentes contextos hipoteticamente supostos, bem como, foi também possível, identificar os elementos da representação social que os enfermeiros construíram acerca da distinção da velhice das outras etapas da vida.

#### 4.3.3.2 - Metodologia quantitativa

Para dar cumprimento ao quarto objectivo específico deste nosso estudo, que visa identificar se os conteúdos representacionais dos enfermeiros, acerca da velhice, têm relação com o sexo e com o facto de se residir ou não com idosos, empregaremos as metodologias quantitativas. Para Carmo e Ferreira (1998) os objectivos da investigação quantitativa visam essencialmente encontrar as relações entre as variáveis, fazer descrições utilizando-se o tratamento estatístico de dados recolhidos, testar teorias.

#### **Variáveis dependentes e independentes**

Atendendo ao que pretendemos estudar com o quarto objectivo específico, delimitaremos previamente as variáveis dependentes e independentes. Entendidas as variáveis dependentes de investigação como o efeito, o fenómeno que pretendemos explicar, neste nosso estudo elas corresponderão aos conteúdos representacionais dos enfermeiros, acerca da velhice (identificados através da técnica de análise de conteúdo). Quanto às variáveis independentes, entendidas como a causa de um determinado fenómeno, neste

nosso estudo elas correspondem ao género e ao facto de se residir ou não com idosos. Procedeu-se assim à construção de uma base de dados no SPSS 10.0, aplicando-se uma análise descritiva e diferencial às variáveis de investigação.

Visando analisar-se a relação entre duas variáveis nominais de dupla entrada, utilizaremos as tabelas de contingência (Crosstabs) do tipo 2/2 (que corresponde a uma matriz com duas linhas e duas colunas), onde vamos observar as frequências observadas ( $F_o$  – frequências observadas – dados reais) e as frequências esperadas ( $F_e$  – frequências esperadas – frequências teóricas, frequências esperadas pelo acaso). Caso se verifique uma diferença significativa entre elas, comprovada pelos adequados testes estatísticos (Qui-Quadrado, Correção de Continuidade de Yates) podemos concluir que em princípio existirá uma relação entre as variáveis, contrariamente se a diferença entre as  $F_o$  e as  $F_e$  não for significativa concluimos que não existe relação entre as variáveis.

Segundo Pereira (1999) o teste de independência do Qui-Quadrado permite-nos verificar se duas variáveis estão relacionadas, utilizando como critério de significância  $P \leq 0,05$ . Para Hill e Hill (2000) o Qui-Quadrado não é válido quando 20% ou mais das células têm frequências esperadas inferiores a 5. Para se ultrapassar este problema, segundo os autores é possível utilizar-se o teste exacto de Fisher, aquando de tabelas 2/2.

Para Gageiro e Pestana (1998), a Correção de Continuidade de Yates aplicadas a tabelas de 2/2 visa melhorar a análise efectuada a partir do Qui-Quadrado, obtido através da subtração de 0,5 aos resíduos (entendidos como as diferenças entre os valores observados e os valores esperados) positivos e somando 0,5 aos resíduos negativos, antes de elevar ao quadrado.

#### 4.4 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Neste subcapítulo consideramos a existência de três grandes rubricas. Na primeira rubrica iremos enumerar as dez principais categorias para cada uma das questões do nosso questionário, na qual apresentaremos os dados e a respectiva análise descritiva dos resultados obtidos pela técnica de análise de conteúdo (metodologia qualitativa). Para a segunda rubrica reservamos a descrição e análise das relações existentes entre as variáveis dependentes e as independentes (metodologia quantitativa). Na última rubrica, efectuaremos a discussão dos resultados, tendo por base o enquadramento teórico.

##### *4.4.1 – Resultados obtidos pela metodologia qualitativa*

Tendo como base os duzentos questionários, recorreremos à análise de conteúdo para a codificação dos mesmos, iniciada com a inventariação e com a enumeração de todas as unidades de registo, na qual se atribuiu a respectiva classificação (ver anexo 3 – recorte, enumeração e classificação das unidades de registo). Efectuada a categorização, elaborou-se um quadro para cada uma das questões, com as dez principais categorias mais referenciadas, apresentadas por ordem decrescente de frequência.

Com base no estudo das respostas atribuídas à primeira questão do nosso questionário, na qual se aplicou a técnica anteriormente referida (análise de conteúdo), apresentaremos os resultados através de um quadro relativo à distribuição por frequência e respectiva percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à velhice.

Quadro 8 – Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à velhice

<b>Categoria</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Percentagem</b>
A	80	40%
B	66	33%
C	59	29,5%
D	53	26,5%
E	48	24%
F	41	20,5%
G	36	18%
H	32	16%
I	31	15,5%
J	24	12%

CRITÉRIO: A=Solidão; B=Doença; C=Dependência; D=Limitação física; E=Morte; F=Limitação psíquica; G=Reforma; H=Experiência; I=Sabedoria; J=Abandono;

No primeiro quadro obtido (quadro 8) podemos constatar que o tema mais referenciado foi o tema “solidão”, apontado por 80 enfermeiros, o que em termos percentuais perfaz 40% da nossa amostra. Segue-se por ordem decrescente: o tema “doença”, referenciado por 66 indivíduos (33% da amostra); o tema “dependência”, referenciado por 59 indivíduos (29,5% da amostra); o tema “limitação física”, referenciado por 53 indivíduos (26,5% da amostra); o tema “morte”, referenciado por 48 indivíduos (24% da amostra); o tema “limitação psíquica”, referenciado por 41 indivíduos (20,5% da amostra); o tema “reforma”, referenciado por 36 indivíduos (18% da amostra); o tema “experiência”, referenciado por 32 indivíduos (16% da amostra); o tema “sabedoria”, referenciado por 31 indivíduos (15,5% da amostra); o tema “abandono”, referenciado por 24 indivíduos (12% da amostra).

Os seis primeiros temas acerca da velhice, de maior predomínio na classe dos enfermeiros, incluem-se todos numa visão negativa da velhice, como podemos observar seguidamente no quadro 9, onde é apresentado o sentido de orientação atribuído a cada

uma das dez categorias mais apontadas, que os enfermeiros construíram acerca da velhice, tendo em consideração o modelo de visão positiva e negativa da velhice. Na sétima posição encontramos o tema “reforma”, que poderá assumir qualquer uma das orientações, dependendo da forma como a mesma é encarada. Na 8ª e 9ª posição, encontramos uma referência à velhice encarada como uma visão positiva, falamos respectivamente, do tema experiência e do tema sabedoria. Por fim, na 10ª posição, retoma a visão negativa da velhice, com a referência do tema “abandono”. Num total de dez temas de maior predomínio, encontramos sete de orientação negativa, dois de orientação positiva e um que poderá ser encarado quer como orientação negativa, quer como orientação positiva.

Quadro 9 – Sentido de orientação atribuído as dez categorias mais apontadas, que os enfermeiros construíram acerca da velhice

<b>Categorias</b>	<b>Sentido de Orientação</b>
Solidão	Negativo (-)
Doença	Negativo (-)
Dependência	Negativo (-)
Limitação física	Negativo (-)
Morte	Negativo (-)
Limitação Psíquica	Negativo (-)
Reforma	Negativo (-) / Positivo (+)
Experiência	Positivo (+)
Sabedoria	Positivo (+)
Abandono	Negativo (-)

Posteriormente, tendo em consideração a segunda questão do questionário aplicado, apresentaremos os resultados através de um quadro relativo à distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem acerca da integração do idoso pela sociedade.

Quadro 10 – Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem acerca da integração do idoso pela sociedade

Categoria	Frequência total	Percentagem
A	45	22,5%
B	44	22%
C	24	12%
D	23	11,5%
E	23	11,5%
F	20	10%
G	19	9,5%
H	17	8,5%
I	16	8%
J	15	7,5%

CRITÉRIO: A=Lar da 3ª idade; B=Dificuldades; C=Centros de dia; D=Idosos como pessoas úteis; E=Rejeição; F=Barreiras arquitectónicas; G=Ocupação do idoso; H=Apoio domiciliário; I=Necessidade de se apoiar as famílias com idosos a seu cargo; J=Famílias de acolhimento;

Quanto à integração do idoso pela sociedade, a institucionalização do idoso é o tema mais apontado pela nossa amostra. Verificamos pela análise do quadro 10, que o tema “lar da 3ª idade” foi o tema mais referenciado pela nossa amostra (referenciado por 45 indivíduos, perfazendo 22,5% da totalidade dos indivíduos). Muito próximo, por ordem decrescente, segue-se uma percentagem da amostra de 22% (44 indivíduos) que pensa no tema “dificuldades”. Seguidamente em menor percentagem, encontramos: uma percentagem de 12% que pensa no tema “centros de dia”; uma percentagem de 11,5% que pensa no tema “idosos como pessoa úteis”; uma idêntica percentagem que pensa no tema “rejeição”; uma percentagem de 10% que pensa no tema “barreiras arquitectónicas”; uma percentagem de 9,5% que pensa no tema “ocupação do idosos”; uma percentagem de 8,5% que pensa no tema “apoio domiciliário”; uma percentagem de 8% que pensa no tema “necessidade de se apoiar as famílias com idosos a seu cargo”; uma percentagem de 7,5% que pensa em “famílias de acolhimento”.

Em seguida, quanto à terceira questão do nosso questionário, apresentaremos os

resultados através de um quadro relativo à distribuição por frequências e percentagens quanto à opinião dos enfermeiros (em termos de sentimentos, emoções e comportamentos) relativamente à imaginação da situação hipotética de terem que compartilhar a casa com um idoso.

Quadro 11 – Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião dos enfermeiros (em termos de sentimentos, emoções e comportamentos) relativamente a terem que compartilhar a sua casa com um idoso

<b>Categoria</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Percentagem</b>
<b>A</b>	44	22%
<b>B</b>	32	16%
<b>C</b>	16	8%
<b>D</b>	13	6,5%
<b>E</b>	12	6%
<b>F</b>	12	6%
<b>G</b>	11	5,5%
<b>H</b>	10	5%
<b>I</b>	9	4,5%
<b>J</b>	8	4%

CRITÉRIO: **A=Carinho**; **B=Preocupação**; **C=Respeito**; **D=Medo**; **E=Receio**; **F=Tristeza**; **G=Satisfação**; **H=Felicidade**; **I=Tolerância**; **J=Pena**;

Verifica-se pelo quadro 11, que o tema “carinho” foi o tema mais referenciado pela nossa amostra (44 indivíduos - 22% da amostra). Segue-se o tema “preocupação”, referenciado por 32 indivíduos da nossa amostra (perfazendo 16% da amostra). Numa menor percentagem, por ordem decrescente, segue-se: o tema “respeito”, referenciado por 8% da nossa amostra (16 indivíduos); o tema “medo”, mencionado por 6,5% (13 indivíduos); o tema “receio” apontado por 6% da totalidade dos indivíduos (12 indivíduos); o tema “tristeza”, referenciado também por 6% da amostra (12 indivíduos); o tema “satisfação”, mencionado por 5,5% (11 indivíduos); o tema “felicidade” referenciado por 5% (10 indivíduos); o tema tolerância apontado por 4,5% da totalidade dos indivíduos (9 indivíduos); o tema “pena”, referido por 4% da totalidade dos

indivíduos (8 indivíduos).

Na quarta questão, procurou-se conhecer (numa situação imaginada de contexto de trabalho) qual seria a opinião dos enfermeiros pelo facto do utente que entra no seu serviço ser um utente idoso, os resultados são apresentados no quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião dos enfermeiros relativamente ao facto do utente que entra no seu serviço ser um utente idoso

<b>Categoria</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Percentagem</b>
<b>A</b>	43	21,5%
<b>B</b>	30	15%
<b>C</b>	29	14,5%
<b>D</b>	17	8,5%
<b>E</b>	14	7%
<b>F</b>	13	6,5%
<b>G</b>	12	6%
<b>H</b>	11	5,5%
<b>I</b>	10	5%
<b>J</b>	10	5%

CRITÉRIO: **A**=Dependência; **B**=Maior número de horas em cuidados; **C**=Maior necessidade de atenção; **D**=Trata-se de um utente como qualquer outro; **E**=Maior necessidade de carinho; **F**=Maior compreensão; **G**=Respeito; **H**=Doença; **I**= Estabelecer uma relação empática; **J**=Maiores dificuldades por ser idoso;

Pelo quadro 12, apresentado anteriormente, podemos verificar que o tema “dependência” foi o mais apontado, sendo referenciado por 43 indivíduos (o que perfaz 21,5% da amostra). Seguidamente por ordem decrescente, foi referenciado o tema “maior número de horas em cuidados”, referenciado por 30 indivíduos (15% da amostra). Muito próximo da frequência anterior segue-se o tema “maior necessidade de atenção”, apontado por 29 indivíduos (14,5% da amostra). Posteriormente, por 17 indivíduos (8,5% da amostra), foi apontado o tema “trata-se de um utente como qualquer outro”. O tema “a maior necessidade de carinho” foi o tema que se seguiu em termos de

frequência, sendo referenciado por 14 indivíduos (7% da amostra). Em seguida, encontramos o tema “maior compreensão”, referenciado por 13 indivíduos (6,5% da amostra) e posteriormente o tema “respeito”, referenciado por 12 indivíduos (6% da amostra). Em oitavo lugar, segue-se o tema “doença”, referenciado por 11 indivíduos (5,5% da amostra). Com a mesma percentagem de distribuição seguem-se o tema “estabelecer uma relação empática” e o tema “maiores dificuldades por ser idoso”, referenciados cada um, respectivamente por 5% da amostra.

Segue-se o quadro 13, que diz respeito à distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à distinção da velhice das outras etapas da vida.

Quadro 13 – Distribuição por frequência e percentagem quanto à opinião que os enfermeiros possuem relativamente à distinção da velhice das outras etapas da vida

Categoria	Frequência total	Percentagem
A	34	17%
B	33	16,5%
C	33	16,5%
D	22	11%
E	22	11%
F	18	9%
G	15	7,5%
H	14	7%
I	14	7%
J	13	6,5%

CRITÉRIO: A=Dependência; B=Última etapa da vida; C=Morte; D=Doença; E=Solidão; F=Limitações físicas; G=Limitações psíquicas; H=Dificuldades; I=Experiência; J=Sabedoria;

No quadro 13, constata-se que a maioria da amostra distingue a velhice das outras etapas pelo tema “dependência”, sendo este referenciado por 34 indivíduos (17% da amostra). Muito próximo, isto é, 33 indivíduos (16,5% da amostra) apontaram como critério de

distinção o tema “última etapa da vida”. Em igual percentagem apontaram como critério de distinção o tema “morte”. Segue-se por ordem decrescente de frequência: o tema “doença” e o tema “solidão”, referenciados respectivamente por 22 indivíduos (11% da amostra); o tema “limitações físicas”, referenciado por 18 indivíduos (9% da amostra); o tema “limitações psíquicas”, referenciado por 15 indivíduos (7,5% da amostra); o tema “dificuldades” e o tema “experiência”, referenciados respectivamente por 14 indivíduos (7% da amostra); o tema “sabedoria”, referenciado por 13 indivíduos (6,5% da amostra).

#### *4.4.2 – Resultados obtidos pela metodologia quantitativa*

Os conteúdos representacionais (temas) com maior predomínio, que os enfermeiros construíram acerca da velhice, por ordem decrescente de frequência, foram: a solidão, a doença, a dependência, a limitação física, a morte, a limitação psíquica, a reforma; a experiência, a sabedoria, o abandono. Iremos então, descrever a distribuição por frequência de cada tema (categoria – conteúdo representacional acerca da velhice) em função de cada variável independente que nos propusemos estudar, bem como, a relação encontrada entre cada categoria (variável dependente) e as respectivas variáveis independentes.

##### *4.4.2.1 – Análise descritiva e diferencial*

De seguida serão apresentadas as tabelas relativas à distribuição por frequências de cada tema (categoria) em função do sexo e em função de residir ou não com idosos. Com o

intuito de constatarmos se existe relação entre as variáveis, cada uma destas tabelas, será acompanhada por uma segunda tabela, onde apresentamos o valor de significância obtido pelo teste Correção de Continuidade de Yates, baseado na existência de diferenças significativas entre as frequências observadas e as frequências esperadas, calculadas para as variáveis em questão (Ver anexo 4 – Tabelas de Contigência).

Tabela 2 – Distribuição de frequências em função da menção do tema solidão, tendo em conta o género

Categoria		Género				Total N
		Masculino		Feminino		
		N	%	N	%	
Mencionou o tema solidão	Sim	15	31,25%	65	42,8%	80
	Não	33	68,75%	87	57,2%	120
	Total	48	100%	152	100%	200

De acordo com a tabela 2, verificamos que comparativamente em termos de percentagens, o sexo feminino mencionou mais vezes o tema “solidão” (42,8%) do que o sexo masculino (31,25%), que como constatamos anteriormente nas metodologias qualitativas, este foi o tema mais mencionado acerca da velhice, pela classe dos enfermeiros.

Tabela 3 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema solidão” e “género”

Menção do tema solidão * Género	Valor	Gl	P
Coeficiente de Yates	1,564	1	.211

De acordo com o Coeficiente de Yates, apresentado na tabela 3, não existe diferença

significativa entre as frequências esperadas e as frequências observadas, o que nos indica que não existe relação entre a “menção do tema solidão” e o “gênero”.

Tabela 4 – Distribuição de frequências em função da menção do tema doença, tendo em conta o gênero

		Gênero				Total
		Masculino		Feminino		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema doença	Sim	18	37,5%	48	31,6%	66
	Não	30	62,5%	104	68,4%	134
	Total	48	100%	152	100%	200

Como podemos constatar na tabela 4, comparativamente em termos percentuais, o tema “doença” foi mais vezes referenciado pelo sexo masculino (37,5%), do que pelo sexo feminino (31,6%). Contudo a diferença entre estas percentagens comparativas é menor que a diferença entre as percentagens comparativas referenciadas anteriormente para o tema “solidão”.

Tabela 5 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema doença” e “gênero”

Menção do tema doença * Gênero			
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,342	1	.559

Quanto à relação entre a “menção do tema doença” e o “gênero”, o Coeficiente de Yates, revela-nos tal como podemos observar na tabela 5, que não há relação entre estas duas variáveis, o que significa que não existe diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 6 – Distribuição de frequências em função da menção do tema dependência, tendo em conta o género

		Género				Total
		Masculino		Feminino		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema dependência	Sim	13	27,1%	46	30,3%	59
	Não	35	72,9%	106	69,7%	141

Pela análise da tabela 6, em termos percentuais, verificarmos que o tema “dependência” foi mais referenciado pelo sexo feminino (30,3%) do que pelo sexo masculino (27,1%).

Tabela 7 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema dependência” e “género”

Menção do tema dependência * Género	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,057	1	.811

A menção do tema “dependência” não tem relação com a variável “género”, não havendo diferenças significativas entre as frequências observadas e os resultados esperados, tal como podemos verificar na tabela 7, através do Coeficiente de Yates.

Tabela 8 – Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação física, tendo em conta o género

		Género				Total
		Masculino		Feminino		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema limitação física	Sim	7	14,6%	46	30,3%	53
	Não	41	85,4%	106	69,7%	147
	Total	48	100%	152	100%	200

Na tabela anterior (tabela 8) podemos verificar que quanto à menção do tema “limitação física”, este foi apontado mais vezes pelo sexo feminino, pois comparativamente em termos percentuais, o tema foi apontado por 30,3% da totalidade dos indivíduos do género feminino (46 menções em 152 mulheres), enquanto que apenas 14,6% da totalidade dos indivíduos do género masculino (7 menções em 48 homens) apontaram o tema em questão.

Tabela 9 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação física” e “género”

Menção do tema limitação física * Género				
		Valor	gl	P
Coeficiente de Yates		3,835	1	.050*

\* $p \leq 0,05$

Como se pode verificar na tabela 9, o Coeficiente de Yates, diz-nos que há relação entre as duas variáveis em questão ( $p \leq 0,05$ ), verificando-se uma diferença significativa entre as frequências observadas e as esperadas, assim poderemos referir que existe relação entre a menção do tema “limitação física” e o facto de ser uma mulher ou um homem a mencioná-lo (género).

Tabela 10 – Distribuição de frequências em função da menção do tema morte, tendo em conta o género

		Género				Total
		Masculino		Feminino		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema morte	Sim	10	20,8%	38	25%	48
	Não	38	79,2%	114	75%	152
	Total	48	100%	152	100%	200

Na anterior tabela 10, observamos que a “morte” foi um tema referenciado por um quarto da população feminina (25%), enquanto que apenas 20,8% de uma totalidade de 48 homens apontaram a “morte” como um conteúdo representacional da velhice.

Tabela 11 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema morte” e “género”

<b>Menção do tema morte * Género</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
<b>Coeficiente de Yates</b>	0,156	1	.693

Verificamos pelos resultados apresentados na tabela 11, obtidos pelo Coeficiente de Yates, que não existe uma diferença significativa entre as frequências observadas e as esperadas, o que nos permite concluir que não existe uma relação entre a variável “morte” e o “género”.

Tabela 12 – Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação psíquica, tendo em conta o género

		<b>Género</b>				<b>Total</b>
		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		
<b>Categoria</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Mencionou o tema limitação psíquica	Sim	6	12,5%	35	23%	41
	Não	42	87,5%	117	77%	159
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>

Quanto à menção do tema “limitação psíquica”, constata-se pela observação da tabela 12, que em termos de comparação percentual, este tema foi mais referenciado pelo género feminino do que pelo género masculino. Em 152 mulheres, 35 apontaram o tema “limitação psíquica” como um conteúdo representacional da velhice, o que em termos

percentuais significa 23% da totalidade das mulheres. Em 48 homens, 6 apontaram o tema “limitação psíquica” como um conteúdo representacional da velhice, o que em termos percentuais significa apenas 12,5% da totalidade dos homens.

Tabela 13 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação psíquica” e “gênero”

<b>Menção do tema limitação psíquica * Gênero</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
<b>Coeficiente de Yates</b>	1,876	1	.171

Pelo coeficiente de Yates, apresentado na tabela 13, para o estudo da relação entre as variáveis “menção do tema limitação psíquica” e “gênero”, revela-nos a não existência de diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas, logo permite-nos concluir que não há relação entre as variáveis em questão.

Tabela 14 – Distribuição de frequências em função da menção do tema reforma, tendo em conta o gênero

		<b>Gênero</b>				<b>Total</b>
		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		
<b>Categoria</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Mencionou o tema reforma	Sim	11	22,9%	25	16,4%	36
	Não	37	77,1%	127	83,6%	164
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>

Observa-se na tabela 14 que o tema “reforma” foi um tema mais referenciado pelo gênero masculino, tendo como referência a comparação percentual entre ambos os sexos. Assim, nesse sentido verificamos que em 48 elementos do sexo masculino, 11 associaram o tema

“reforma” à velhice, representando 22,9% da totalidade dos homens, enquanto que em 152 elementos do sexo feminino, 25 associaram o tema “reforma” à velhice, representando apenas 16,4% da totalidade das mulheres.

Tabela 15 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema reforma” e “gênero”

<b>Menção do tema reforma * Gênero</b>			
	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
<b>Coeficiente de Yates</b>	0,643	1	.423

Relativamente às variáveis “reforma” e “gênero”, constatamos pela tabela 15, que não existe relação entre elas, pois o Coeficiente de Yates apresenta um  $P=0,423$ , o que significa que não existe diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 16 – Distribuição de frequências em função da menção do tema experiência, tendo em conta o gênero

		<b>Gênero</b>				<b>Total</b>
		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		
<b>Categoria</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Mencionou o tema experiência	Sim	7	14,6%	25	16,4%	32
	Não	41	85,4%	127	83,6%	168
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>

De acordo com a tabela 16, o tema “experiência” (referenciado na contextualização teórica como um tema de visão positiva) foi o tema mais apontado pelo sexo feminino (16,4%), quando comparado em termos percentuais com o sexo masculino (14,6%).

Tabela 17 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema experiência” e “gênero”

<b>Menção do tema experiência * Gênero</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
<b>Coeficiente de Yates</b>	0,007	1	.935

Como constatamos pelo Coeficiente de Yates ( $P=0,935$ ), apresentado na tabela 17, não existe relação entre a variável dependente (menção do tema experiência) e a variável independente (gênero).

Tabela 18 – Distribuição de frequências em função da menção do tema sabedoria, tendo em conta o gênero

		<b>Gênero</b>				<b>Total</b>
		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		
<b>Categoria</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Mencionou o tema sabedoria	Sim	9	18,75%	22	14,5%	31
	Não	39	81,25%	130	85,5%	169
	Total	48	100%	152	100%	200

Comparativamente em termos percentuais, verificamos pela tabela 18, que o sexo masculino apontou mais vezes o tema “sabedoria” como um conteúdo representacional da velhice (18,75%), do que relativamente o sexo feminino (14,5%).

Tabela 19 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema sabedoria” e “gênero”

<b>Menção do tema sabedoria * Gênero</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>P</b>
<b>Coeficiente de Yates</b>	0,235	1	.628

De acordo com o Coeficiente de Yates ( $p=,628$ ), apresentado na tabela 19, não existe relação entre a variável “menção do tema sabedoria” e a variável “gênero”, dado não haver uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 20 – Distribuição de frequências em função da menção do tema abandono, tendo em conta o gênero

		Gênero				Total
		Masculino		Feminino		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema abandono”	Sim	5	10,4%	19	12,5%	24
	Não	43	89,6%	133	87,5%	176
	Total	48	100%	152	100%	200

Relativamente ao tema “abandono”, este tema de visão negativa (contextualizada assim no nosso enquadramento teórico), foi mais vezes referenciado pelo sexo feminino do que pelo sexo masculino, isto tendo em conta a sua comparação percentual. Assim, em 152 elementos do sexo feminino, 19 elementos referenciaram o tema “abandono” como um conteúdo representacional da velhice, enquanto que, tendo em consideração os 48 elementos masculinos, apenas 5 desses elementos referenciaram esse tema (representando apenas 10,4% da totalidade dos homens).

Tabela 21 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema abandono” e “gênero”

Menção do tema abandono * Gênero	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,018	1	.895

Na tabela 21, verificamos pelo Coeficiente de Yates, que não se observou a existência de uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas, logo podemos concluir que não existe relação entre a variável dependente “menção do tema abandono” e a variável independente “gênero”.

Tabela 22 – Distribuição de frequências em função da menção do tema solidão, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema solidão	Sim	11	29,7%	69	42,3%	80
	Não	26	70,3%	94	57,7%	120
	Total	37	100%	163	100%	200

Quanto ao tema mais apontado pela nossa amostra (tema solidão), de acordo com a tabela 22, relativa à distribuição de frequências em função do tema “solidão”, tendo em conta o residir ou não com idosos, verificamos que em termos percentuais, os indivíduos que não residiam com idosos referenciaram mais vezes este tema (referenciado por 42,3% da totalidade dos indivíduos que não residiam com idosos), comparativamente aos indivíduos que residiam com idosos (referenciado por apenas 29,7% da totalidade dos indivíduos que residiam com idosos).

Tabela 23 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema solidão” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema solidão * Residir ou não com idosos			
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	1,505	1	.220

Tendo em consideração a variável dependente “menção do tema solidão” e a variável independente “residir ou não com idosos”, o Coeficiente de Yates, apresentado na tabela 23, revela-nos que não existe uma relação entre elas, não se verificando a existência de uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 24 – Distribuição de frequências em função da menção do tema doença, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema doença	Sim	14	37,8%	52	31,9%	66
	Não	23	62,2%	111	68,1%	134
	Total	37	100%	163	100%	200

Quanto à menção do tema “doença”, verificamos pela tabela 24, que comparativamente em termos de percentagem, os indivíduos que residiam com idosos referenciaram este tema mais vezes. Em 37 indivíduos que residiam com idosos, 14 referenciou o tema “doença”, perfazendo uma percentagem de 37,8%, enquanto que em 163 indivíduos que não residiam com idosos, 52 indivíduos referenciaram o mesmo tema, perfazendo uma percentagem de 31,9%.

Tabela 25 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema doença” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema doença * Residir ou não com idosos			
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,250	1	.617

Tendo em consideração a tabela 25, onde se apresenta o Coeficiente de Yates, calculado para verificar se existe relação entre a variável dependente “menção do tema doença” e a variável independente “residir ou não com idosos”, verificamos que tal relação não existe, pois não existe uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 26 – Distribuição de frequências em função da menção do tema dependência, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categorias		N	%	N	%	N
Mencionou o tema dependência	Sim	20	54,1%	39	23,9%	59
	Não	17	45,9%	124	76,1%	141
	Total	37	100%	163	100%	200

Pela tabela 26, podemos constatar que o tema “dependência”, foi comparativamente em termos de percentagem, mais apontado pelos indivíduos que residiam com idosos. Mais de metade dos indivíduos que residiam com idosos apontaram este tema como um conteúdo representacional da velhice (mais precisamente, 54,1%), enquanto que apenas 23,9% da totalidade dos indivíduos que não residiam com idosos apontaram este tema como um conteúdo representacional da velhice.

Tabela 27 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema dependência” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema dependência * Residir ou não com idosos	Coeficiente de Yates		
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	11,752	1	.001*

\* $p \leq 0,05$

De acordo com o apresentado na tabela 27, podemos constatar pelo Coeficiente de Yates ( $p=0,001$ ) que existe uma relação entre a variável dependente “menção do tema dependência” e a variável independente “residir ou não com idosos”, fornecida pela existência de uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 28 – Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação física, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categorias		N	%	N	%	N
Mencionou o tema limitação física	Sim	10	27%	43	26,4%	53
	Não	27	73%	120	73,6%	147
	Total	37	100%	163	100%	200

Quanto à menção do tema “limitação física”, podemos observar na tabela 28, que comparativamente em termos percentuais, existe uma ligeira diferença entre os indivíduos que vivem e os que não vivem com idosos, pois 27% da totalidade dos indivíduos que vivem com idosos apontaram este tema e 26,4% da totalidade dos indivíduos que não vivem com idosos também o apontaram.

Tabela 29 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação física” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema limitação física * Residir ou não com idosos				
		Valor	gl	P
Coeficiente de Yates		0,000	1	1.000

Através do Coeficiente de Yates ( $p=1,000$ ), apresentado na tabela 29, constatamos que não se verifica uma relação entre a menção do tema “limitação física” e o facto de se “residir ou não com idosos”.

Tabela 30 – Distribuição de frequências em função da menção do tema morte, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema morte	Sim	10	27%	38	23,3%	48
	Não	27	73%	125	76,7%	152
	Total	37	100%	163	100%	200

Constatamos na tabela 30, que da totalidade de 37 indivíduos que viviam com idosos, 10 indivíduos referiram o tema “morte” (representando 27% do total dos indivíduos que viviam com idosos), e da totalidade de 163 indivíduos que não viviam com idosos, 38 indivíduos referiram este tema (representando apenas 23,3% do total dos indivíduos que não viviam com idosos).

Tabela 31 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema morte” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema morte * Residir ou não com idosos			
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,070	1	.792

Quanto à relação entre a variável dependente “menção do tema morte” e a variável independente “residir ou não com idosos”, verificamos pelo Coeficiente de Yates

( $p=792$ ), apresentado na tabela 31, que essa relação não existe, dada a não existência de uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 32 – Distribuição de frequências em função da menção do tema limitação psíquica, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema limitação psíquica	Sim	9	24,3%	32	19,6%	41
	Não	28	75,7%	131	80,4%	159
	Total	37	100%	163	100%	200

Verificamos pela tabela 32, que da totalidade dos 37 indivíduos que residiam com idosos, 9 indivíduos apontaram o tema “limitação psíquica” (o que representa 24,3% da totalidade dos indivíduos que residiam com idosos), e que da totalidade dos 163 indivíduos que não residiam com idosos, 32 apontaram o mesmo tema (o que representa apenas 19,6% da totalidade dos indivíduos que não residiam com idosos).

Tabela 33 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema limitação psíquica” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema limitação psíquica * Residir ou não com idosos	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,170	1	.680

Não há relação entre as variáveis “menção do tema limitação psíquica” e “residir ou não

com idosos”, atendendo ao Coeficiente de Yates obtido e apresentado na tabela 33.

Tabela 34 – Distribuição de frequências em função da menção do tema reforma, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categorias		N	%	N	%	N
Mencionou o tema reforma	Sim	5	13,5%	31	19%	36
	Não	32	86,5%	132	81%	164
	Total	37	100%	163	100%	200

Atendendo ao apresentado na tabela 34, verificamos que em 163 indivíduos que responderam que não viviam com idosos, 31 atribuíram à velhice o tema “reforma”, representando 19% do total dos indivíduos que não viviam com idosos, por sua vez, dos 37 indivíduos que responderam que viviam com idosos, apenas 5 atribuíram à velhice o tema “reforma”, o que comparativamente representa uma menor percentagem (apenas 13,5%).

Tabela 35 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema reforma” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema reforma * Residir ou não com idosos			
	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,302	1	.582

Constatamos pela indicação do Coeficiente de Yates ( $p=0,582$ ), apresentado na tabela 35, que não se verifica uma relação entre as variáveis “menção do tema reforma” e o “residir ou não com idosos”.

Tabela 36 – Distribuição de frequências em função da menção do tema experiência, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categorias		N	%	N	%	N
Mencionou o tema experiência	Sim	7	18,9%	25	15,3%	32
	Não	30	81,1%	138	84,7%	168
	Total	37	100%	163	100%	200

Na anterior tabela (nº 36), constata-se comparativamente em termos de percentagem, que num total de 100% para a totalidade dos indivíduos que residiam com idosos e num total de 100% para a totalidade dos indivíduos que não residiam com idosos, foram os indivíduos que residiam com idosos que atribuíram mais vezes o tema “experiência” à velhice.

Tabela 37 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema experiência” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema experiência * Residir ou não com idosos	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,083	1	.773

Como podemos observar pelo Coeficiente de Yates ( $p=0,220$ ) apresentado na tabela 37, este indica-nos que entre a variável dependente “mencionou o tema experiência” e a variável independente “residir ou não com idosos” não existe relação, atendendo que não existe uma diferença significativa entre as frequências observadas e as frequências esperadas.

Tabela 38 – Distribuição de frequências em função da menção do tema sabedoria, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema sabedoria	Sim	7	18,9%	24	14,7%	31
	Não	30	81,1%	139	85,3%	169
	Total	37	100%	163	100%	200

Tal como podemos constatar pela tabela 38, o tema “sabedoria” foi referido em maior percentagem pelos indivíduos que residiam com idosos, pois da totalidade de 37 indivíduos que residiam com idosos, 7 indivíduos atribuíram a “sabedoria” à velhice (o que representa 18,9% da totalidade dos indivíduos que residiam com idosos), enquanto que da totalidade de 163 indivíduos que não residiam com idosos, 24 atribuíram o tema “sabedoria” à velhice (contudo os 24 indivíduos apenas representam 14,7% da totalidade dos indivíduos que não viviam com idosos).

Tabela 39 – Coeficiente de Yates calculado para as variáveis “menção do tema sabedoria” e “residir ou não com idosos”

Menção do tema * Residir ou não com idosos	Valor	gl	P
Coeficiente de Yates	0,148	1	.700

De acordo com a tabela 39, o Coeficiente de Yates revela-nos para as variáveis “mencionou o tema experiência” e “residir ou não com idosos”, a não existência de uma diferença significativa entre as frequências esperadas e as frequências observadas, logo podemos concluir que residir ou não com idosos não tem relação com o facto de se mencionar o tema “sabedoria”.

Tabela 40 – Distribuição de frequências em função da menção do tema abandono, tendo em conta o residir ou não com idosos

		Em sua casa vive com idosos?				Total
		Sim		Não		
Categoria		N	%	N	%	N
Mencionou o tema abandono	Sim	4	10,8%	20	12,3%	24
	Não	33	89,2%	143	87,7%	176
	Total	37	100%	163	100%	200

Pela tabela 40, verificamos que quanto à comparação percentual, os indivíduos que não viviam com idosos atribuíram mais vezes o tema “abandono” à velhice (12,3%), face aos indivíduos que viviam com idosos (10,8%).

Quanto ao estudo da relação entre as variáveis anteriores (menção do tema abandono / residir ou não com idosos), atendendo que mais de 20% das células apresentam resultados esperados menor que 5, aplicou-se o teste exacto de Fisher, na qual verificamos que não existe uma diferença significativa entre as frequências esperadas e as frequências observadas ( $p=.532$ ), podemos então concluir que residir ou não com idosos não tem relação com o facto de se mencionar o tema “abandono”.

#### 4.4.3 – Discussão dos resultados

Os resultados da investigação empírica, por nós obtidos, através da metodologia qualitativa (utilizando-se a técnica de análise de conteúdo), evidenciam maioritariamente uma visão negativa da velhice socialmente partilhada pelos enfermeiros.

Como se constatou pelos estudos já efectuados no âmbito do nosso trabalho, apresentados no enquadramento teórico, verificamos que o tema mais referenciado no estudo elaborado por Almeida (1999) foi o tema “perda das capacidades físicas e intelectuais”, e no estudo elaborado por Miranda e Miranda (1998) foi o tema “limitações”. Neste nosso estudo, o conteúdo representacional “solidão” foi o mais atribuído à velhice, sendo apontado por 40% da nossa amostra. No entanto, é de se destacar que o tema “limitação física” aparece em 4º lugar, apontado por 26,5% e o tema “limitação psíquica” aparece em 6º lugar, referenciado por 20,5% da nossa amostra, logo se não tivéssemos em consideração a especificação do físico e do psíquico para o tema “limitações”, o seu somatório (que seria igual a 47%) ocuparia o primeiro lugar como o tema mais apontado pela nossa amostra, contudo a sua distinta especificidade e o rigor técnico deste trabalho impõe a sua delimitação.

A visão negativa da velhice como solidão, maioritariamente partilhada pelos enfermeiros da nossa amostra, está em consonância com o referenciado por Fernandes (1997), pois segundo o mesmo, a velhice tornou-se um problema social, mobilizando imensa gente, meios, esforços e atenções, associando-se vulgarmente esta à ideia de solidão (entre outras). Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) tudo o que diminui a auto-estima, aumenta a solidão, nos idosos essa diminuição de auto-estima pode-se dever a vários factores, como por exemplo: problemas de saúde, perda de papéis (ambos muito frequentes nos idosos), entre outros. Para Neto (1992), atribuir à velhice a ideia de solidão, constitui um estereótipo, pois segundo o autor vários estudos revelam que os scores mais elevados de solidão se encontram na faixa etária dos 18-25.

A doença e a dependência atribuída à velhice foram respectivamente o segundo e o terceiro tema mais enumerado pela nossa amostra. Apesar da doença não representar um sinónimo de velhice, pois a mesma ocorre em qualquer idade, de acordo com Ermida (1995), tendo como base os estudos epidemiológicos, é um facto que se verifica uma maior taxa de morbilidade no grupo dos idosos, bem como um maior consumo de cuidados de saúde por parte dos idosos, como efectivamente constata os enfermeiros no desempenho das suas funções. A aproximação entre ambos os temas (2º e 3º lugar) seguem a lógica de interligação entre ambos os temas, pois segundo Ermida (1995), a dependência deve-se essencialmente aos problemas de saúde que desencadeiam alterações na autonomia dos idosos, e atendendo que os problemas de saúde ocorrem com mais frequência nos idosos, tal implicará como consequência uma maior frequência da dependência nesse mesmo grupo etário.

O 4º tema mais apontado pela nossa amostra, acerca da velhice, enverga por uma dimensão biológica, trata-se do tema “limitação física”. Cientificamente está provado que à medida que envelhecemos ocorrem imensas alterações anatómicas e fisiológicas, ocorrendo imensas perdas ao nível físico (Berger e Mailloux-Poireier, 1995; Garcia, 2000; Mestre, 1999; entre outros). Estas alterações fazem parte do processo natural de senescência, não constituindo sinais de doença, como nos referem Lima e Silva (2001).

Acerca da velhice, a “morte” foi o 5º tema mais apontado pela nossa amostra. As taxas de mortalidade revelam que a mesma ocorre com maior frequência em idades avançadas e em contexto hospitalar (Silva, 1995), facto este, constatado e vivido pelos profissionais de enfermagem. Contudo, não podemos esquecer que a maior frequência da morte em idades avançadas se deve essencialmente às doenças crónicas frequentes

nestas idades, e não devido à velhice (Berger e Mailloux-Poireier, 1995).

A “limitação psíquica” foi o 6º tema mais atribuído à velhice, pela nossa amostra. A incidência dos deficits cognitivos aumenta na velhice, como nos refere Nahemow e Pousada (1987), contudo tal não se deve ao processo de envelhecimento, mas sim, deve-se às entidades patológicas que surgem com maior incidência nesta faixa etária.

Os seis primeiros temas acerca da velhice, de maior predomínio na nossa amostra, seguem todos, uma orientação global negativa do objecto de representação. Na análise das representações sociais, esta orientação corresponderá à segunda dimensão estudada por Moscovici (citado por Herzlich, 1972), denominada de atitude, cujas funções podem, segundo Neto (1998), visar a orientação dos comportamentos, a regulação das trocas com o meio, bem como imprimir uma determinada intensidade emocional e afectiva à orientação e à troca com o meio.

O sétimo tema mais apontado pela nossa amostra, acerca da velhice, foi o tema “reforma”. Este tema poderá seguir qualquer uma das orientações globais de um objecto de representação (negativa / positiva). A reforma segundo Carrajo (1999) converteu-se por lei em sinónimo de velhice, constituindo uma ideia errada, pois a pessoa pode reformar-se ainda nova, e pode até nem reformar-se. Quando a reforma é entendida como uma perda (perda das relações interpessoais, perda de papéis, sentimento de inutilidade), a sua atribuição à velhice vai determinar uma orientação global negativa. Quando a mesma ocorre em indivíduos cuja profissão tinha como único objectivo a obtenção de um meio de rendimento, tal irá liberta-los em termos de disponibilidade de tempo, para a

possibilidade de poderem realizar as tarefas que realmente gostariam de fazer, mas que nunca lhes foi permitido, devido à indisponibilidade de tempo.

Acerca da velhice, o tema “experiência” e “sabedoria”, foram respectivamente o 8º e o 9º tema mais apontados pela nossa amostra. Encaradas como orientações globais positivas da velhice, Carrajo (1999) interliga a atribuição da experiência à velhice ao facto dos idosos possuírem mais conhecimentos acerca dos problemas psicossociais, fruto da sua longa vivência, quanto à atribuição da sabedoria à velhice, segundo o mesmo autor tal não está relacionado com a definição clássica de sabedoria, mas sim com a abordagem por parte dos idosos em campos que não se encontram completamente explícitos nos livros.

O tema “abandono” foi o 10º tema mais apontado pela nossa amostra. Os problemas de saúde, a dependência implicam um necessitar de ajuda, muitas vezes rejeitada pela própria família (Borge et al, 2000). O abandono dos idosos pelos familiares é muitas vezes constatado pelos profissionais de enfermagem, implicando que por vezes os mesmos tenham que recorrer às assistentes sociais para resolver o problema de integração dos idosos.

Perante a imaginação de distintas situações com idosos, hipoteticamente supostas por nós (integração do idoso na sociedade, compartilha da residência com um idoso, o idoso como um utente do serviço de saúde) deparamo-nos com distintas respostas, por parte da nossa amostra, assim:

- A opinião da nossa amostra relativamente à integração do idoso pela sociedade aponta com maior predomínio de resposta, para a institucionalização do idoso (lar da 3ª

idade), seguida pelo tema “dificuldades de integração”, separadas pela vantagem mínima de enumeração (um elemento). A institucionalização do idoso pode-se dever a vários factores: grau de dependência do idoso, ausência de filhos ou qualquer outro familiar, local de residência e situação laboral do familiar (Paúl, 1997), dificuldades económicas, sociais e psico-afectivas (Silva, 1995), entre outros. As dificuldades de integração do idoso na sociedade são imensas, tal como nos exemplifica Reis (2000), na medida em que todos os equipamentos arquitectónicos, bem como as estruturas sociais, administrativas e económicas, bem como a gestão do espaço, do tempo e do ritmo de vida não são elaborados em função do processo natural de senescência do idoso, mas sim apenas em função do adulto.

- A opinião da nossa amostra (em termos de sentimentos, emoções e comportamentos) relativamente à situação hipotética de terem que partilhar a sua residência com um idoso, aponta com maior predomínio, para o tema “carinho”. Este tema incute uma orientação global positiva ao objecto de representação, socialmente partilhado pelos enfermeiros da nossa amostra, tendo sido também referenciado no estudo efectuado por Almeida (1999), acerca da representação social da velhice, categorizada como “fase de paz e carinho”.

- Quanto à opinião da nossa amostra relativamente ao facto imaginado de que o utente que entra no seu serviço ser um idoso, verificamos um maior predomínio de resposta do tema “dependência” atribuído ao facto do mesmo ser idoso. Como já foi referido, os idosos são o maior grupo portador de doenças, logo constituem o maior grupo consumidor de cuidados de saúde (Ermida, 1995), são sobretudo os problemas de saúde que provocam alterações na autonomia do idoso, provocam dependência (Carrajo, 1999). Tendo como base Personne (1991, citado por Costa, 1998), a maior dependência no idoso deve-se a um ciclo vicioso, na qual inicialmente a doença leva à institucionalização, onde

é tratado como um dependente, implicando que os cuidadores (enfermeiros) se tornem dependentes da dependência do idoso (em que o enfermeiro assegura, substitui nos cuidados), este evolui para a atrofia, tornando-se mais dependente ainda.

Relativamente à distinção que os enfermeiros fazem das outras etapas da vida, constatamos que se manteve o maior predomínio do tema “dependência”. Tal predomínio constitui um mito, uma crença errada, pois na infância verifica-se uma grande dependência, o que inviabiliza tal critério de distinção atribuído à velhice. De referir que este tema é seguido respectivamente pelos temas “última etapa da vida” e “morte”, cujas frequências de enumeração se separam do 1º tema apenas por um elemento de enumeração. A velhice entendida como a última etapa da vida inclui-se no último estágio do modelo de desenvolvimento psicossocial elaborado por Erikson (1950, citado por Fontaine, 2000). A morte atribuída à velhice como um critério de distinção é associada à maior taxa de mortalidade que se verifica neste grupo etário.

Quanto aos resultados da investigação empírica, obtidos através da metodologia quantitativa, que visavam verificar se os conteúdos representacionais acerca da velhice de maior predomínio nos enfermeiros, tinham ou não relação com o género e com o facto de residir ou não com idosos, constatamos relativamente às dez categorias de maior predomínio, que existe relação entre a menção do tema “limitação física” e o “género” e entre a menção do tema “dependência” e o facto de “residir ou não com idosos”. Num estudo elaborado por Miranda e Miranda (1998), os mesmos constataram relativamente à influência das vivências dos enfermeiros sobre a sua visão acerca da velhice, que existiam diferenças significativas para com a variável “sexo” e para com a variável “residir ou não com idosos”.

No nosso estudo o tema “limitação física”, comparativamente em termos percentuais, foi um tema de orientação negativa atribuído à velhice, mais referenciado pelo sexo feminino. Para Collière (1989) desde o início da humanidade, a prática de cuidados estava essencialmente ligada às mulheres, eram elas que cuidavam, tomavam conta dos idosos, tais raízes antropológicas foram-se mantendo, quer ao nível profissional, quer ao nível quotidiano, significando um maior predomínio de contacto com os idosos, por parte deste género. O maior contacto com a realidade dos idosos, implica um maior predomínio de uma imagem negativa acerca da velhice, socialmente partilhada, como comprovou Juan Pascual et al. (1997) em estudos efectuados no âmbito da velhice.

O tema “dependência” foi um tema de orientação negativa atribuído à velhice, mais apontado pela amostra dos enfermeiros que viviam com idosos (comparativamente em termos percentuais, com a amostra dos enfermeiros que não viviam com idosos). Tendo em consideração que as atitudes negativas devem-se a uma influência negativa, por parte dos valores, das crenças (Costa, 1998), tendo por sua vez em consideração que as enfermeiras que passam mais tempo com idosos, apresentam atitudes menos boas comparativamente às enfermeiras que têm contactos menos frequentes, facto este, estudado e apresentado por Terri Brower (1985, citado por Berger e Mailloux-Poireier, 1995), tal reforça a relação obtida neste nosso estudo.

## CONCLUSÕES GERAIS

Imensos autores se debruçaram acerca do estudo das representações sociais, Moscovici (1961), considerado um dos autores pioneiros no estudo das mesmas, salienta-nos que elas traduzem um sistema cognitivo de significações e de interpretações da realidade, que reflectem as relações sociais e permitem a sua consolidação, pois elaboram comportamentos e influenciam a comunicação e a conduta de cada membro de uma sociedade. Para o mesmo autor, são dois os principais processos que se encontram subjacentes à sua formação e ao seu funcionamento, são eles a objectivação e a ancoragem.

Ao longo dos tempos, foram imensos os autores que conceptualizaram a velhice de forma distinta, dando origem a distintas dimensões de caracterização da velhice: biológica, sociológica, cronológica, psicológica e funcional. Autores como Remi Lenoir (1979, citado por Fernandez, 1997), Matras (1990, citado por Rodriguez, 2000), entre outros, que se incluem em algumas destas dimensões, caracterizam a velhice de uma forma extremamente negativa, considerando-a como um verdadeiro naufrágio. Por outro lado, autores como Carrajo (1999), Pimentel (2001), entre outros, que se incluem também em algumas destas dimensões, caracterizam a velhice de uma forma positiva, associando à produtividade e à qualidade de vida.

Apesar de, acerca da velhice, existirem duas visões antagónicas (visão negativa / visão positiva), os estudos por nós conhecidos, efectuados em Portugal, que abarcam a representação da velhice em enfermeiros, apontam maioritariamente para uma visão negativa da mesma.

Neste trabalho de investigação, constatamos relativamente aos conteúdos representacionais atribuídos à velhice pelos enfermeiros da nossa amostra, que em dez categorias com maior predomínio, foram sete os temas de orientação global negativa atribuídos ao objecto de representação (esses temas são, a solidão, a doença, a dependência, a limitação física, a morte, a limitação psíquica e o abandono), dois de orientação global positiva (a experiência e a sabedoria) e um cuja orientação global atribuída ao objecto de representação poderá assumir qualquer uma das duas (negativa / positiva). De salientar que, tendo em consideração a ordem decrescente de maior frequência de enumeração, os dois temas de orientação global positiva surgem somente em 8º e 9º lugar. Atendendo ao referenciado, podemos concluir com toda a certeza, que se verifica um maior predomínio de uma visão negativa acerca da velhice, socialmente partilhada pelos enfermeiros, tal como concluíram outros estudos anteriormente efectuados neste âmbito.

A opinião manifestada pelos enfermeiros da nossa amostra, aquando da imaginação de três distintas situações hipoteticamente supostas por nós, revela-nos que quanto à integração do idoso na sociedade e quanto ao facto do utente que dá entrada no serviço de saúde do inquerido ser um utente idoso, predomina maioritariamente uma visão de orientação negativa atribuída ao objecto de representação, contudo perante a imaginação do inquirido ter que partilhar a sua residência com um idoso predomina maioritariamente uma visão de orientação positiva atribuída ao objecto de representação. A diversidade das representações e a sua ancoragem social advém da imaginação do distinto contexto hipoteticamente suposto por nós.

Relativamente à opinião dos enfermeiros da nossa amostra, acerca da distinção da velhice

das outras etapas da vida, constatamos o maior predomínio do tema “dependência”, persistindo assim uma visão estereotipada enquanto critério de distinção das outras etapas da vida.

Os resultados obtidos pela metodologia quantitativa, revela-nos relativamente a relação entre as variáveis dependentes (conteúdos representacionais da velhice) e as variáveis independentes (género e residir ou não com idosos), que existe relação entre a menção do tema “limitação física” e o facto de ser uma enfermeira ou um enfermeiro a mencioná-lo e entre a menção do tema “dependência” e o facto do inquirido residir ou não com idosos.

Muitas das categorias obtidas acerca da representação social da velhice em enfermeiros, são consideradas por vários autores, tais como Brundtland (1999), Ebersole (1985, citado por Berger e Mailloux-Poireier, 1995), Pimentel (2001), Rosa (1987), como crenças, mitos e estereótipos. Os estereótipos, as opiniões e as atitudes constituem segundo Doise (1997), uma tomada de posição simbólica, uma forma de representação social. A realidade demonstra que os mitos, as crenças e os estereótipos acerca da velhice persistem, influenciando de forma negativa o status social do idoso, na medida em que se direccionam para a desvalorização e marginalização do idoso na sociedade, como nos refere Pimentel (2001). Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) se estes estereótipos fossem banidos, tal contribuiria para elevar a qualidade dos cuidados que se prestam aos idosos, melhorar a adaptação dos mesmos ao meio, bem como a sua readaptação funcional, nesse sentido, sugerimos:

- A inclusão nos planos de estudo de todos os cursos de enfermagem, de uma disciplina no âmbito da enfermagem geriátrica e gerontológica, onde se aborde, entre

outros: as teorias de envelhecimento biológico; as teorias de envelhecimento psicossocial (com destaque para a teoria da actividade e para a teoria da continuidade); as alterações bio-psico-sociais inerentes ao processo de senescência natural (com destaque para a sua distinção do processo de doença); o idoso na sociedade (com destaque para o papel positivo que o mesmo pode assumir na sociedade); as situações de crise na velhice (com destaque para o papel positivo das várias equipas multidisciplinares, na minimização / ultrapassagem dessas situações); a visão positiva e a visão negativa construída pela nossa sociedade, acerca da velhice e do ser-se idoso (com destaque para o reforço da visão positiva, para o combate dos mitos, das crenças e dos estereótipos erroneamente construídos pela sociedade, à luz dos conhecimentos científicos referenciados nos temas anteriores);

- Aquando da formação básica em enfermagem, a realização de campos de estágio, não só em serviços com maior predomínio de internamento de utentes idosos e onde se verifica um maior predomínio de doenças responsáveis por uma maior taxa de incapacidade (como por exemplo, o serviço de medicina, o serviço de neurologia, entre outros), mas também em serviços sociais de apoio comunitário (centros de dia, centros recreativos, entre outros), poderá contribuir positivamente para uma mudança de conteúdos representacionais acerca da velhice, na medida em que, os formandos poderão constatar relativamente a ambos os campos de estágio, vários factos que contribuem para o combate de certos mitos, crenças e estereótipos, como por exemplo: que a elevada taxa de dependência se deve essencialmente à doença que atingiu o idoso e não à velhice; que o idoso que não é portador de uma doença extremamente incapacitante poderá desempenhar papéis de extrema importância no seio da comunidade, e se porventura for portador de uma doença incapacitante, quando correctamente reabilitado poderá vir a desempenhar papéis muito úteis, como de facto acontece e se constata todos os dias, o

que releva a importância do papel de quem cuida;

- A aposta na formação contínua de todos os profissionais que prestam cuidados directos e indirectos aos idosos nas diversas instituições (hospitais, centros de saúde, lares da terceira idade, famílias de acolhimento, centros de dia, entre outros), abrangendo temas geriátricos / gerontológicos que contribuem para uma visão positiva da velhice socialmente partilhada;

- Em termos político-sociais, a elaboração e a implementação de um Plano Nacional Gerontológico, que contemple: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e a utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros de uma sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação entre gerações; a promoção do espírito de solidariedade entre gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.C.(2001). *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Editora Formasau.
- Abric, J-C. (1997a). L`étude expérimentale des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (5.<sup>a</sup> ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Abric, J-C. (1997b). *Pratiques sociales e représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Almeida, M.L. (1999). Crenças acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*, 3, 7-14.
- Bardin, L. (1977). *L`analyse de Contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bauer, M. (1995). A popularização da ciência como imunização cultural: A função de resistência das representações sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Belsky, J. (2001). *Psicologia del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain. (Trabalho original em inglês publicado em 1998)
- Bento, M.C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, Que identidade?* Lisboa: Editora Fim de Século.

Berger, L., & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.

Billig, M. (1993). Studing the thinking society: social representations, rhetoric, and attitudes. In G. Breakwell & D. Canter (Eds), *Empirical Approaches to social Representations*. Oxford: Clarendon Press.

Borge, M., Hernández, M., & Egea, M. (2000). Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales. [em linha] Acessível em <http://www.arrakis.es/~seeegg/>

Brundtland, G. (1999). Envelhecimento: destruindo os mitos. *Revista Enfermagem*, 15, 50-59.

Canella, P. (2001). Pequena evolução do envelhecer. *Revista Humanidades*, 4, 16-17.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carrajo, M.R. (1999). *Sociologia de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Carvalho, M.M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Editora Lusociência.

Carvalho, P. M. (1989). *A magia da idade*. Coimbra: Edição do autor.

Clara, J.G. (1999). Projecto de uma unidade de assistência médica a doentes idosos e de ensino da geriatria. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 119, 5-15.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (Trabalho original em francês publicado em 1982)

Costa, M.A. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Editora Fim de Século.

Costa, M.A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In A. Costa et al. (Eds), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Decreto-Lei 480/88, de 23 de Dezembro.

Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro.

Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril.

Doise, W. (1997). Attitudes et représentations sociales (5.<sup>a</sup> ed.). In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Durkheim, E. (1984). *As regras do método sociológico*, (2.<sup>a</sup>ed.) Lisboa: Editorial Presença.

Ermida, J.G. (1995). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In P. Reis (Ed.), *Temas geriátricos*. Lisboa: Prismédica.

Ermida, J.G. (1999). Processo de envelhecimento. In A. Costa et al. (Eds), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

Farr, R (1995). Representações sociais: a teoria e sua historia. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Ferrer, A.R. (2000). Psicologia da vejez. Comportamento Y adaptación. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Fernandes, P. L. (2002). *A depressão no idoso* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Editora Quarteto.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introduccion. In Fernández-Ballesteros, R. (Ed.), *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Filho, E.T., & Alencar, Y. M. (1998). Teorias do envelhecimento. In E. Filho & M. Netto (Eds), *Geriatrics, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.

Flament, C. (1997). Structure et dynamique des représentations sociales (5.<sup>a</sup> ed.). In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

Fontaine, R (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original em francês publicado em 1999)

García, M. (2000). Psicologia da vejez: el funcionamiento cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

García, R.C. (2000). Bases biológicas del envejecimiento cerebral. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Gageiro, J.N., & Pestana, M. H. (1998). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Grácio, E. I.(1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In A. Costa et al. (Eds), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

Grazina, M.M., & Oliveira, C.R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (Ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.

Herzlich, C. (1972). La représentation sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la*

psychologie sociale. Paris: Librairie Larousse.

Hill, M.M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Instituto Nacional de Estatística (2002). Censos 2001. [em linha] Acessível em <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/d021021/d021021.html>.

Izal, M., & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductal*. Madrid: Editorial Sintesis.

Jodelet, D.(1997). Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations sociales* (5.<sup>a</sup> ed.). Paris: Presses Universitaires de France.

Kirkwood, T.(2000). El fin del envejecimiento. Barcelona: Tusquets Editores. (Trabalho original em inglês publicado em 1999)

Levet, M. (1998). Viver Depois dos 60 Anos. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1995)

Lima, A.I., & Silva, J. (2001). Ser Idoso – Estudo de uma População. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 140, 12-18.

Mestre, O (1999). O envelhecimento e a mobilização. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 116, 18-24.

Miranda, L., & Miranda, J. (1998). As representações que o enfermeiro tem do idoso. *Revista Sinais Vitais*, 19, 21-25.

Minayo, M. C. S. (1995). O conceito de representações sociais dentro da sociologia Clássica. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Moñivas, A.(1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminiución y de crecimiento). *Revista Anales de psicología*, 1 (14), 13-25.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.

Moscovici, S. (1995). Prefácio. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Moscovici, S. (1997). Des représentations collectives aux représentation sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (5.<sup>a</sup> ed.). Paris: Presses Universitaires de France.

Nahemow, L., & Pousada, L.(1987). *Diagnóstico geriátrico*. São Paulo: Organização Andrei Editora.

Neto, F. (1992). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, M. P. (2001). Degenerescência ou crescimento. *Revista Humanidades*, 4, 38-39.
- Nina, E., & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 138, 9-32.
- Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2003). *Distribuição dos Enfermeiros Activos por Género*. Texto inédito, Lisboa, DC: Autor.
- Palma, E. M. (1999). A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Revista Enfermagem*, 15, 27-40.
- Pascual, L., Vicario, C., Corino, J., & Fernández, R. (1997). Qué opinan los jóvenes de los ancianos? *Revista ROL*, 232, 66-69.
- Paúl, M.C. (1991). *Percurso pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Paúl, M.C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.

Pereira, A. (1999). *Guia prático de utilização do SPSS – análise de dados para ciências sociais e psicologia* (3.<sup>a</sup>ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Editora Quarteto.

Pinto, A (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In A. Pinto (Ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.

Pfeiffer, C.C., Hernández, M.G., Borge, M.J., Martínez, M.Q. (2000). Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. [em linha] Acessível em <http://www.arrakis.es/~seegg/>

Plou, M. (1972). Jeux et conflits. In Serge Moscovici (Ed), *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse.

Reis, J. (1995). O envelhecimento. In P. Reis (Ed.), *Temas geriátricos*. Lisboa: Prismédica.

Reis, J. (2000). Para um prolongamento da esperança de vida com saúde no limiar do novo milénio. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 127, 13-20.

Robert, L. (1995). *O envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.  
(Trabalho original em francês publicado em 1995)

Rodríguez, J.A (2000). Vejez y Sociedad: dimensiones psicosociales. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Royo, M.T. (2000). Sociedad y Vejez: la família y el trabajo. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Rosa, M. (1987). *Psicologia evolutiva* (2.<sup>a</sup>ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Rotter, J., & Hochreich, D. (1980). Personalidade. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda. (Trabalho original em inglês publicado em 1975)

Santos, F.L. (1995). *A depressão no idoso*. Tese de mestrado, Universidade de extremadura.

Santos, A. A. (2001). A genética e o processo de envelhecimento. In M. Pinto (Ed.), *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.

Silva, A. S. (1995). A ética e os cuidados de enfermagem ao doente idoso. *Revista Enfermagem em Foco*, 19, 31-34.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2002). Enfermagem: desenvolvimento profissional e formação – perspectiva histórica. *Revista Enfermagem em foco*, 48, 5-30.

Spink, M. (1995). Desvendando as teoria implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds), *Textos em*

*representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Vala, J. (1986a). Sobre as representações sociais – Para uma epistemologia comum. *Cadernos de Ciências Sociais*, 4, 5-31.

Vala, J. (1986b). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, e J. P. (Orgs), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wagner, W. (1995) Descrição e método na pesquisa das representações sociais. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Eds), S. *Textos em representações sociais* (6.<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Wagner, W., & Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones Sociales. In J. Morales (Ed.), *Psicologia Sócial*. Madrid: Mcgraw-Hill.

Werba, G., & Oliveira, F.(1998). Representações sociais. In M. Strey et al. (Eds.), *Psicologia social contemporânea*. Petrópolis: Editora Vozes.

Zimerman, G (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

# ANEXOS