



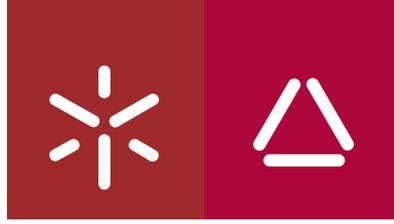
**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Tânia Maria von Stein Palmeira

**Da comunicação verbal em saúde às linguagens do corpo: a interação dos idosos com os profissionais de saúde e funcionários do apoio domiciliário**

Este trabalho foi apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, através da atribuição de Bolsa de Investigação com a Referência SFRH/73398/2010, financiada pelo QREN - POPH - Tipologia 4.1 - Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MEC





**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Tânia Maria von Stein Palmeira

**Da comunicação verbal em saúde às linguagens  
do corpo: a interação dos idosos com os  
profissionais de saúde e funcionários  
do apoio domiciliário**

Tese de Doutoramento  
Doutoramento em Ciências da Comunicação

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor Albertino Gonçalves**  
e da  
**Professora Doutora Alice Delerue Matos**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgal**  
**CC BY-NC-SA**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## **Agradecimentos**

À Fundação para a Ciência e Tecnologia agradeço o financiamento que viabilizou a minha profissionalização enquanto investigadora.

Mais do que preencher um ritual, pretendo aqui agradecer a todos aqueles que mais diretamente apoiaram a elaboração deste relatório.

Ao Prof. Doutor Albertino Gonçalves, insubstituível na sua dedicação, no seu empenho e no seu saber. Com uma palavra amiga e uma calma imperturbável, sempre disponível para dirimir as pequenas dúvidas que nos parecem sempre grandes. Obrigado por me ter feito acreditar que era capaz.

À Prof. Doutora Alice Delerue Matos, pelas suas interrogações constantes que me faziam ir mais além, pelas sugestões pertinentes e acima de tudo pela enorme disponibilidade e apreço com que me brindou.

A todos os idosos que entrevistei, pela entrega, afeto e entusiasmo que demonstraram ao longo das histórias de vida que partilharam comigo, o meu agradecimento.

Ao antigo presidente do Centro Social de Gualtar, Padre Domingos Brandão, à diretora deste centro Dr.<sup>a</sup> Célia e à Dr.<sup>a</sup> Clara Ribeiro, diretora da ASCREDNO, que sem qualquer reserva me abriram as portas das instituições.

À Ana Melro, pelas longas horas que perdeu comigo a ensinar-me a trabalhar no programa NVIVO, com total dedicação e disponibilidade.

À diretora cessante da Escola de Gestão do IPCA, Prof. Doutora Soraia Gonçalves, agradeço a oportunidade e a confiança depositada, cultivando em mim, ainda mais, o gosto pelo saber e pela investigação.

Aos amigos de infância, Guida e Rui, Luís e Sandra pelo caminho que trilhamos juntos.

Aos primos Zé, João e Filipa pela amizade e sensibilidade que vos torna grandes médicos.

Aos escuteiros por me (re)lembrarem o valor das pequenas coisas...

Aos meus filhos, Elsa e Gabriel, responsáveis pelo atraso da entrega deste trabalho. Obrigado pelos desenhos e sarrabiscos que sorrateiramente iam fazendo nas minhas folhas para tornar tudo mais bonito!

À tia Dolores, pela persistência, carinho e por não deixar o sonho esmorecer!

Ao Tó, pelo apoio familiar, dedicação e compreensão, e que me permitiram terminar este trabalho.

Aos meus pais, que me inculcaram o gosto pelo saber.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

## **Da comunicação verbal em saúde às linguagens do corpo: a interação dos idosos com os profissionais de saúde e funcionários do apoio domiciliário**

### **Resumo**

Reconhecendo a crescente importância da comunicação em saúde, esta investigação visa entender a comunicação verbal que o idoso estabelece com os profissionais de saúde e as repercussões desta comunicação na sua qualidade de vida. Visa ainda decifrar as linguagens do corpo nos cuidados prestados pelos funcionários do apoio domiciliário.

Este estudo adota uma metodologia qualitativa, inspirada na *grounded theory*, tendo como técnicas de recolha de dados, a entrevista semiestruturada e a observação, e como técnica de análise de dados, a análise de conteúdo. Realizámos 20 entrevistas, 10 na freguesia urbana de Gualtar (Braga) e 10 na freguesia rural de Godinhaços (Vila Verde), e acompanhámos 20 idosos do apoio domiciliário de duas IPSS de Braga.

Esta incursão pela comunicação em saúde permitiu-nos compreender a interação do utente idoso com o profissional de saúde ou o funcionário do apoio domiciliário e concluir que existem dois grupos de idosos: (1) os que habitualmente questionam o médico e o enfermeiro, atribuindo a estes profissionais e a si próprios um papel ativo no processo comunicativo que se traduz numa relação comunicativa eficaz, em que médico e enfermeiro detêm autoridade sobre o utente; (2) os que não têm por hábito questionar o profissional de saúde, considerando que cabe a este profissional o papel ativo no processo comunicativo, informando e questionando, mas também ouvindo e compreendendo o utente. Parece ser evidente a relação entre a literacia em saúde e o tipo de relação que o idoso estabelece com o profissional de saúde.

Concluimos que os idosos estão sensibilizados para a comunicação em saúde e que atribuem ao médico e enfermeiro a capacidade performativa que reside na habilidade de os fazer acreditar no seu discurso. Esta capacidade é também atribuída aos funcionários do apoio domiciliário e expressa, fundamentalmente, através das linguagens do corpo. Estas interações influenciam a forma como os idosos cuidam de si e repercute-se na qualidade de vida desta população.

**Palavras-chave:** Comunicação, doença, idosos, qualidade de vida.

# **From verbal communication in health to language of the body: the interaction of the older adults with the health professionals and home care workers**

## **Abstract**

Acknowledging the growing importance of communication in health, this research aims to understand the verbal communication that the older adults establish with healthcare professionals and the repercussions of this communication on their quality of life. It also aims to decode the body language in the care provided by home care personnel.

Based on a qualitative methodology inspired by *grounded theory*, this study uses semi-structured interviews and observation as data collection techniques, and content analysis as data analysis method. A total of 20 interviews were conducted, 10 in the urban parish of Gualtar (Braga) and 10 in the rural parish of Godinhaços (Vila Verde), and 20 older adults from home care services of two IPSSs in Braga were monitored.

This incursion into health communication enabled us to understand the interaction of the older adults with the health professional or the home care personnel and conclude that there are two groups of older adults people: (1) those who usually question the doctor and the nurse, assigning to these professionals and to themselves an active role in the communicative process which translates into an effective communicative relationship, in which the doctor and the nurse hold authority over the patient; (2) those who are not used to questioning the health professional, considering that it is up to this professional to play an active role in the communicative process, informing and questioning, but also listening and understanding the patient. The relationship between health literacy and the type of relationship that the older adults establish with the health professional seems clear.

We concluded that the older adults are aware of health communication and that they assign to the doctor and nurse the performative capacity that lies in the ability to make them believe in their statements. This ability is also attributed to the home care personnel and is expressed, fundamentally, through body language. These interactions influence how the older adults care for themselves and have an impact on the quality of life of this population.

**Key words:** Communication, disease, older adults, quality of life

## Índice

<b>DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>iii</b>
<b>DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE .....</b>	<b>iv</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>v</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>vi</b>
<b>Siglas .....</b>	<b>xi</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Qualidade de Vida na Velhice .....</b>	<b>5</b>
1.1. Velhice .....	5
1.2. Envelhecimento ativo: definição e desafios .....	9
1.2.1. Constrangimentos do conceito Envelhecimento Ativo.....	11
1.3. Envelhecimento Ativo e Saudável: Um novo paradigma para a velhice .....	12
1.4. Qualidade de Vida .....	14
1.4.1. Multidimensionalidade do conceito de QdV.....	14
1.4.2. Qualidade de Vida na Velhice .....	18
1.4.3. Limitações do conceito Qualidade de Vida .....	19
<b>Capítulo II – Comunicação em saúde.....</b>	<b>22</b>
2.1. Comunicação orquestral na saúde .....	22
2.2. Comunicação na prática médica e de enfermagem .....	25
2.3. Comunicações verbais .....	31
2.4. Linguagens do corpo .....	33
2.5. Comunicar com um utente idoso: dificuldades e divergências .....	37
2.6. Desafios da comunicação em saúde .....	45
<b>Capítulo III – Atitudes e práticas face à saúde e à doença .....</b>	<b>50</b>
3.1. Atitude face aos profissionais de saúde .....	50
3.2. Crenças e expetativas sobre a consulta médica .....	56
3.3. Regime terapêutico: Prescrição e tratamentos médicos .....	58
<b>Capítulo IV- Objetivos e procedimentos metodológicos .....</b>	<b>63</b>
4.1. Objetivos .....	63
4.2. Procedimentos metodológicos .....	64

4.2.1. <i>Grounded Theory</i> .....	64
4.2.2. Limitações da <i>Grounded Theory</i> .....	66
4.3. Amostra e recolha de dados .....	67
4.4. Técnicas de recolha de dados.....	71
4.4.1. Entrevista .....	71
4.4.2. Observação .....	74
4.5. Análise de dados .....	77
4.5.1. Transcrição das entrevistas/ observações .....	78
4.5.2. Tratamento de dados.....	79
4.6. Questões éticas .....	81
4.7. Dificuldades sentidas .....	82
<b>Capítulo V - Dizer e Sentir o Corpo .....</b>	<b>85</b>
5.1. O corpo doente: construção social da doença .....	85
5.2. Cuidar do corpo.....	94
5.3. O corpo fala.....	98
5.3.1 – Linguagens do corpo nos idosos do apoio domiciliário.....	98
5.3.2. Linguagens do corpo nos idosos entrevistados .....	112
5.4. Relação com o Corpo .....	116
<b>Capítulo VI - Competências e saberes de saúde e de doença .....</b>	<b>119</b>
6.1. Caraterização dos profissionais de saúde .....	119
6.1.1. O médico.....	119
6.1.2. O enfermeiro .....	132
6.2. Prescrição médica .....	139
6.3. Postura face à doença .....	143
6.4. Saberes de Saúde e de Doença .....	148
6.5. Avaliação dos serviços de saúde .....	154
6.6. Redes de Apoio .....	158
6.7. Adesão terapêutica medicamentosa.....	160
6.7.1. Atitudes face à medicação .....	161
6.7.2. Bulas médicas .....	168
6.8. Cuidar de si.....	172

<b>Capítulo VII – Relação com os profissionais .....</b>	<b>179</b>
7.1. Relação funcionários do apoio domiciliário - idoso .....	179
7.2. Relação profissional de saúde - idoso .....	185
7.2.1. Médico .....	185
7.2.2. Acessibilidade discursiva.....	190
7.3. Enfermeiro .....	194
7.4. Relações de Poder.....	199
<b>Capítulo VIII - Ocupação do tempo.....</b>	<b>208</b>
<b>Capítulo IX – Influência da Comunicação na QdV dos idosos .....</b>	<b>218</b>
<b>Conclusões.....</b>	<b>230</b>
<b>Referências bibliográfica.....</b>	<b>242</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>275</b>
Anexo 1: Guião das entrevistas .....	276
Anexo 2: Consentimento Informado .....	277
Anexo 3: Sintomatologia dos idosos .....	278
Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/funcionário do apoio domiciliário .....	286
Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO .....	294
Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?.....	301
Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?.....	302
Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?.....	303

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Caraterização sociodemográfica dos idosos.....	68
Tabela 2- Caraterização do apoio domiciliário face ao tipo de utente.....	70
Tabela 3 - Sintomatologia dos idosos .....	88
Tabela 4 - Relação com o corpo .....	116
Tabela 5 - Caraterização do médico: Atributos positivos e negativos.....	119
Tabela 6 - Caraterização do médico: Atencioso.....	120
Tabela 7 - Caraterização do médico: Comunicador .....	122
Tabela 8 - Caraterização do médico: Atributos negativos.....	126
Tabela 9 - Caraterização do enfermeiro: Atributos positivos e negativos .....	133
Tabela 10 - Caraterização do enfermeiro: Atencioso .....	133
Tabela 11 - Caraterização do enfermeiro: Comunicador.....	134
Tabela 12 - Caraterização do enfermeiro: Insensível .....	137
Tabela 13 - Cumprimento das ordens médicas <i>vs</i> pedidos de esclarecimentos médicos .....	139
Tabela 14 - Permanência no consultório médico .....	142
Tabela 15 - Definição de doença .....	144
Tabela 16 - Postura face à doença .....	145
Tabela 17 - Receituário de saberes de saúde e de doença.....	152
Tabela 18 - Atitudes face à medicação .....	162
Tabela 19 - Quem manda tomar a medicação.....	165
Tabela 20 - Leitura da bula médica .....	169
Tabela 21 - Cada um é o seu melhor médico .....	173
Tabela 22 - Comportamentos de desleixo.....	177
Tabela 23 - Relação médico-idoso.....	186
Tabela 24 - Relação enfermeiro - idoso .....	194
Tabela 25 - Poder do Profissional de Saúde .....	201
Tabela 26 - Ocupação do Tempo .....	208

## **Siglas**

EA – Envelhecimento Ativo

EU – União Europeia

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QdV – Qualidade de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organisation

À Elsa e ao Gabriel  
Com Amor

## **Introdução**

Nos últimos 40 anos, a comunicação em saúde tem-se difundido essencialmente nos Estados Unidos. Na Europa, e especialmente em Portugal, a comunicação em saúde não tem grande tradição (Lopes, 2016) embora, nos últimos anos, nas universidades, os investigadores das ciências da comunicação, entre outros, se tenham debruçado sobre esta temática relacionando-a com melhores resultados em saúde. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) se tem debruçado sobre esta matéria identificando princípios e estratégias adequados a uma comunicação em saúde eficaz com o intuito de mudar comportamentos. De acordo com a OMS (WHO, 2017), a comunicação em saúde deve ser acessível ao utente, adequada ao público a que se destina, credível e confiável, relevante, oportuna e compreensível, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde através da envolvimento do público-alvo.

É evidente que a comunicação assume um papel cada vez mais relevante na área da saúde. No entanto, apesar do grande relevo que esta temática tem conhecido, a comunicação em saúde é um campo complexo e em mutação, onde intervêm diversas áreas visando alcançar o valor mais alto que se pode ter, a saúde.

Aliar as ciências da comunicação à saúde é fundamental atendendo a que os comportamentos comunicacionais do profissional de saúde influenciam a capacidade do utente adotar comportamentos e atitudes de saúde adequados (Domnariu, 2014, Duffy *et al*, 2004, Heisler *et al*, 2002, Bell *et al*, 2014, Reidl & Schubler, 2017, Renzi *et al*, 2001, Safran *et al*, 1998, Sullivan *et al*, 2000, Zachariae *et al*, 2003, Zhou, 2014).

Atendendo a que a comunicação em saúde visa alterar, reforçar ou dotar o utente de conhecimentos de saúde apropriados, capacitando-o para tomar decisões informadas e adequadas com impacto positivo na sua saúde e qualidade de vida, tem sido atribuído grande destaque à relação comunicativa estabelecida entre o profissional de saúde e o utente.

Sendo a comunicação em saúde um importante instrumento que, em última instância, visa alterar comportamentos, atitudes e práticas relacionadas com a saúde, vamos analisar a comunicação verbal estabelecida entre o profissional de saúde (médico e enfermeiro) e o utente, e a comunicação não-verbal entre os funcionários do apoio domiciliário e o utente, e a influência desta comunicação na qualidade de vida do utente idoso.

A sociedade portuguesa é uma sociedade envelhecida. As projeções mostram que o envelhecimento demográfico se deverá agravar, devendo estabilizar apenas daqui a 40 anos, em 2060. Devido ao

decréscimo da população jovem e ao aumento da população idosa, em 2018, o índice de envelhecimento passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens (INE, 2017). Face a esta realidade atual, optamos por estudar a influência da comunicação entre profissional de saúde e funcionários de apoio domiciliário na qualidade de vida do utente idoso.

O relacionamento comunicacional estabelecido com o utente idoso é importante para que, profissional de saúde, médico e enfermeiro, e funcionários do apoio domiciliário, possam exercer uma influência positiva na vida destes. Comunicar, é assim, relevante para a saúde e bem-estar dos idosos, nomeadamente na prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida (Remial & Lapinski, 2009).

O conceito QdV é de difícil definição (Bowling, 2003, 2005, Fernández-Ballesteros, 2011, Hyde *et al*, 2003) devido ao caráter multidimensional (Bowling, 1995, Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002, Felce & Perry, 1995, Fernández-Ballesteros, 2011, Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá, 1996, Lawton, 1991, Veenhoven, 2004) e subjetivo (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, Veenhoven, 2004, WHOQOL, 1994, 1995) do termo e ao seu caráter complexo, pois envolve diversos aspetos da vida do individuo (Bowling *et al*, 2002, Lawton, 1991, Walker, 2005, Walker & Lowenstein, 2009). Além disso, é um conceito multifacetado que tem sofrido alterações ao longo dos tempos de acordo com contextos sociais, económicos, políticos e culturais (Bowling, 1995, Farquar, 1995, Minayo, Hartz & Buss, 2000). Sendo um conceito que não é recente, resulta do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem (Fernández-Ballesteros, 1998). A QdV advém, assim, do sucesso de adaptação do individuo às situações que vão surgindo, nomeadamente às situações de doença.

Competências comunicacionais permitem influenciar os comportamentos e as atitudes dos idosos face à saúde e à doença, o que se refletirá na QdV destes. Assim, uma comunicação em saúde pouco eficaz tem um impacto negativo na qualidade de vida dos utentes idosos. A Organização Mundial de Saúde reforça esta ideia ao considerar que “*effective doctor-patient interaction and communication is central to doctor and patient satisfaction, to the clinical competence of doctors, and to the health outcomes of their patients*” (WHO, 1993: 1).

Tendo por base o tema da comunicação em saúde, este trabalho tem como objetivo geral compreender a comunicação que o idoso estabelece com o profissional de saúde e os funcionários do apoio domiciliário para aferir as repercussões desta comunicação na qualidade de vida do idoso.

Cientes que a vivência, o estilo de vida, os valores e as instituições moldam a experiência da doença do utente idoso (Rotter & Hall, 2006) e que as mudanças fisiológicas e familiares determinam a perceção

---

<sup>1</sup> Tradução: “A interação e comunicação efetiva médico-doente são centrais para a satisfação do médico e do doente, para a competência do médico e para a recuperação dos doentes”.

perante a sua condição de saúde/ doença e as estratégias de atuação adequadas, optamos por conduzir esta investigação do ponto de vista do utente idoso.

Atualmente, assistimos a uma realidade em que se vive com doença durante um longo período (Frank, 1995, Silva, 2008a), pelo que parece-nos pertinente estudar a comunicação em saúde a partir das narrativas dos idosos. Assim, preservamos os termos usados pelos idosos nas entrevistas acerca do corpo, da saúde e da doença.

Partindo da narrativa dos idosos, analisamos a comunicação verbal que estes estabelecem com o profissional de saúde e a comunicação não verbal com o funcionário do apoio domiciliário, conscientes de que cada utente idoso constrói a sua própria realidade de acordo com as escolhas que faz e que lhe permitem gerir a experiência de saúde/doença e, tal como refere Luísa Silva (2008a), viver a doença com saúde.

A presente investigação encontra-se dividida em duas partes. Começamos por apresentar o enquadramento teórico e metodológico que se encontra dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo, designado de qualidade de vida na velhice, salienta a importância do envelhecimento ativo e saudável realçando a ideia de que o idoso envelhece sem interferências indesejadas, decidindo o que quer ou não quer fazer, desenvolvendo a capacidade funcional que contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. Aborda, igualmente, o envelhecimento ativo e seus constrangimentos e as limitações da qualidade de vida.

O segundo capítulo, apresentado sob o título comunicação em saúde, aborda a importância da orquestralidade da comunicação, nomeadamente a comunicação verbal e a linguagem do corpo bem como as dificuldades e divergências na comunicação com um utente idoso.

O terceiro capítulo, atitudes e práticas face à saúde e à doença, expõe as perceções e as crenças manifestadas pelo utente idoso face ao profissional de saúde, à consulta médica e ao regime terapêutico, nomeadamente a prescrição e tratamento médico.

O quarto capítulo, abordagem metodológica, corresponde ao enquadramento metodológico, e apresenta a metodologia adotada nesta investigação. Face ao problema de investigação delineado, adotamos uma metodologia qualitativa inspirada na *grounded theory*, como técnica de recolha de dados, a entrevista semiestruturada e a observação e, como técnica de análise de dados, a análise de conteúdo. As questões éticas e as dificuldades sentidas foram subtemas abordados.

O capítulo cinco, dizer e sentir o corpo, debruça-se sobre o corpo doente do idoso, o cuidar do corpo, as linguagens com os idosos do apoio domiciliário e com os entrevistados, e a relação com o corpo.

O capítulo seis, competências e saberes de saúde e de doença, aborda os saberes que os idosos detêm sobre prescrição médica, saúde e doença, serviços de saúde, redes de apoio, adesão terapêutica medicamentosa e as competências que evidenciam face à doença e ao cuidar de si. Estas competências e saberes evidenciados resultam da interpretação que cada um faz das conversas que mantém com o profissional de saúde, que mais não é do que uma percepção individual e única resultante da sociedade onde se inserem e da construção individual da doença.

O capítulo sete, relação com os profissionais de saúde, destaca a relação do idoso quer com os profissionais do apoio domiciliário quer com os profissionais de saúde (médico e enfermeiro), bem como as relações de poder que se estabelecem entre eles.

O capítulo oito, ocupação do tempo, evidencia as diversas formas dos idosos ocuparem o seu tempo. As sociabilidades aumentam a qualidade de vida (Fernandes, 2007, Ramos, 2002, Neto 1999 e 2000), e refletem-se no bem-estar psicológico e na saúde do idoso (Paul, 2005, Ramos, 2002, Sequeira e Silva, 2002), daí a pertinência deste capítulo.

No capítulo nove, procuramos analisar a influência que a comunicação com o profissional de saúde tem na QdV dos idosos entrevistados. Este capítulo, que designamos “Influência da comunicação na qualidade de vida dos idosos”, traça uma nova proposta ao relacionar a comunicação médica e de enfermagem com a QdV do idoso. Os resultados são analisados e discutidos de acordo com o enquadramento teórico realizado na primeira parte do estudo e os objetivos de investigação propostos. Por fim, na conclusão, procuramos sintetizar a contribuição da comunicação com o médico e o enfermeiro e o funcionário do apoio domiciliário, na QdV do idoso. Tratando-se de um estudo exploratório, apresentamos algumas limitações e desafios dos resultados para investigações futuras. Debrucemo-nos sobre a temática da comunicação em saúde e a sua importância para a qualidade de vida dos idosos.

## **Capítulo I – Qualidade de Vida na Velhice**

O envelhecimento é um fenómeno mundial que resulta do aumento da esperança de vida da população idosa e da diminuição da fecundidade. Este fenómeno traduz-se numa vitória do desenvolvimento social, económico, da saúde pública (WHO, 2015) e biomédico (Cabral *et al*, 2013).

Sendo, sem dúvida, uma grande conquista, o envelhecimento é também um grande desafio de adaptação da sociedade que tem criado políticas para esta nova realidade (WHO, 2015). O envelhecimento ativo e saudável surge assim, como resposta a este desafio da longevidade (Direção-Geral da Saúde, 2017b, WHO, 2015) visando a maximização do bem-estar e da QdV na velhice (Fernández-Ballesteros, 2009).

### **1.1. Velhice**

A velhice nem sempre foi percecionada da mesma forma e, como tal, encerra em si vários significados e conceitos, e a sua análise só tem sentido se atentarmos ao período histórico, social e cultural onde ocorre. Se em 427-347 a. C. Platão considerava que a prudência, a sensatez e o juízo caracterizavam a velhice, Aristóteles demonstrava opinião contrária, caracterizando-a pela senilidade, deterioração e doença. No ano de 129-199 d. C., Galeno de Pérgamo caracteriza a velhice como uma fase normal da vida (Minois, 1999). Desde a revolução industrial, no séc. XIX, até inícios do séc. XX, a velhice estava associada à pobreza e à incapacidade para o trabalho, não existindo enquanto categoria social autónoma e, como tal, não havia qualquer forma de intervenção pública sobre ela (Velo, 2008). Estávamos perante o que Anne-Marie Guillemard (1980, 1986) denominou de velhice invisível. Após todo um processo social em que emerge o proletariado e se generalizam os sistemas de reforma e com ele novas instituições, bens e serviços, passa-se de uma velhice invisível para uma velhice identificada. Nesta forma de velhice, existem diferentes formas de ver e gerir a velhice havendo uma proteção social ao nível das pensões e da ação social (centros de dia, centros de convívio, apoio domiciliário, universidades de terceira idade, entre outros). Esta nova forma de ver a velhice designou-se de terceira idade (Velo, 2008).

Daqui, sobressai que os idosos são o resultado da sociedade em que viveram e que os hábitos, crenças, lazer, família, trabalho e relacionamento social se vão alterando permitindo-lhes construir a velhice enquanto acontecimento individual inserido numa determinada época. Os idosos são, assim, o resultado dos novos que foram, dos modos de vida e das práticas sociais que tiveram. Como refere Pierre Bourdieu (2003), somos sempre o jovem ou o velho de alguém.

Verificamos que a velhice não é uma realidade homogénea. Se o fosse, todos os idosos a viveriam da mesma forma, mas é, antes de mais, individual, como referimos anteriormente, pois é vivida por cada idoso de forma singular e única. A este propósito, Manuel Villaverde Cabral & Pedro Silva (2002: 66) afirmam que “a velhice parece não significar mais do que o prolongamento das trajetórias de vida inigualitárias, existindo por isso um envelhecimento diferencial”.

A velhice é uma fase da vida transversal a todo o ser humano, sendo curioso que o estatuto de velho apenas existe no ser humano (Leandro, 2001).

A velhice, tida como um momento particular da vida humana, é na opinião de Simone de Beauvoir (1982), um conceito abstrato, uma categoria socialmente construída que caracteriza o período em que se “fica velho”. Na opinião da autora, a velhice não é algo de estático, mas é o prolongamento do processo de envelhecimento.

O papel do idoso e o significado social que lhe é atribuído variam em função das práticas e dos valores da sociedade em que este se insere. Na perspetiva de Luísa Pimentel (2001) e de Luís Pereira (1993), as sociedades ainda tendem a olhar os seus idosos no sentido negativo, considerando a velhice como incapacidade e rejeição. Ser velho é, frequentemente, associado à falta de capacidades físicas, de memória, e ao envelhecimento das células (Dionísio, 2001, Leandro, 1994, 2001). No entanto, também assistimos à tentativa de remover a negatividade tradicional associada à palavra “velho” substituindo-a por expressões como idoso ou sénior.

Anthony Giddens (2004) considera que a velhice acarreta, simultaneamente, novas possibilidades e um conjunto de novos desafios. São diversos estes desafios colocados ao idoso, desde logo, a adaptação à reforma, o aproveitar o tempo livre, o relacionamento entre gerações e a saúde.

A velhice é a última fase do processo de envelhecimento e é, habitualmente, relacionada com a reforma embora, na opinião de António Fonseca (2012), essa associação não seja assim tão evidente uma vez que a idade depende das ocupações, países e sistemas.

A OMS considera idoso aquele que tem mais de 65 anos nos países desenvolvidos e mais de 60 nos países em desenvolvimento. Portugal também adotou este critério considerando “pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade da reforma” (INE, 2002: 1). A portaria 99/ 2017 vem instituir, a partir de 2018, que a idade da reforma em Portugal é de 66 anos e quatro meses devido à evolução da esperança média de vida e à preocupação com a sustentabilidade das mesmas. Neste contexto, faz todo o sentido adaptar a idade da velhice ao processo de mudança social.

A reforma exige que o indivíduo se adapte a uma nova forma de vida atendendo a que os reformados vivem cada vez mais anos, apesar da reforma ser cada vez mais tardia. Com a reforma, há tempo livre, sendo fundamental promover a participação em atividades sociais, de lazer e culturais.

A entrada para a reforma pressupõe um processo de transição e adaptação que, para Anne-Marie Guillemard (1972), depende dos recursos detidos por cada um (rendimento, ambiente social, saúde e potencialidades – instrução ou formação profissional) e que vão influenciar a vida a adotar e a forma como se enfrenta esta nova etapa. Na opinião de António Fonseca (2012), a adaptação à reforma depende de fatores individuais (história de vida, estilo de vida, ocupação do tempo, entre outros), da relação com o meio ambiente (família, amigos, entre outros) e da forma como ocorre a reforma (se é desejada ou forçada).

Considerando a reforma “a porta de entrada para a velhice”, António Fonseca (2011) refere que esta pode ser desejada ou olhada com receio do que acontecerá nos anos seguintes. Independentemente da forma como é vivida, o certo é que cada pessoa tem um processo de adaptação à reforma (Fonseca, 2004).

António Simões (2005) considera que há um desencanto da reforma quando as expectativas tidas na reforma estão desajustadas. António Fonseca (2011) também considera que, por vezes, há um cansaço da reforma quando a pessoa não tem uma adaptação bem-sucedida e se sente saturada com a vida atual.

Engrácia Leandro (1994: 66) considera que, para os idosos, a reforma é “uma página que se volta. É o fim de uma vida, o momento de um balanço. É também o acesso a uma nova vida que exige aprendizagens”.

Estas novas aprendizagens referidas por Engrácia Leandro traduzem-se em novos desafios, nomeadamente para que o idoso aproveite o tempo livre pois envelhecer é sobretudo aprender a viver. Neste contexto, a velhice pode ser entendida como uma fase que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal, nomeadamente através da participação em atividades sociais e/ou culturais com fins distintos dos que exerciam anteriormente. Estas atividades trazem outro tipo de gratificação que não a económica, como o bem-estar psicológico ou o sentir-se útil assim como um reconhecimento social por parte da sociedade (Pimentel, 2001).

Tem proliferado a ideia que, após a reforma, ainda há muito para aprender, ensinar, viver e para estar com os amigos, afinal, inicia-se uma nova etapa da vida. O Turismo Sénior e a Universidade de Terceira Idade são exemplos desta mudança de mentalidade face à reforma.

Outro dos desafios que se colocam ao indivíduo nesta etapa da vida é o relacionamento entre gerações, particularmente o desequilíbrio entre jovens e idosos (Cabral & Ferreira, 2013). O envelhecimento, descrito como um problema social e económico devido ao crescente aumento do número de idosos e à diminuição do número de jovens, coloca em causa a sustentabilidade do sistema financeiro da Segurança Social e, particularmente, a viabilidade do pagamento de pensões aos reformados (Barros, 2012, Rebelo & Penalva, 2004).

Este relacionamento entre gerações também pode ser entendido na perspetiva do relacionamento das diversas gerações com os idosos. Desde logo, Sónia Mascaro (2004) afirma haver uma discrepância entre a forma como o idoso se vê e como os outros o veem.

Uma das formas de estimular este relacionamento é através de programas intergeracionais que visam promover uma imagem mais positiva da velhice, amenizar as diferenças entre gerações, a partilha de conhecimentos, de valores humanos, e de saberes que, muitas vezes, se perdem no tempo. Na opinião de Ribeiro & Paúl (2011: 157), “o contacto social com outras gerações permite permanecer envolvido na sociedade e sentir-se valorizado”.

Em 1999, Ano Internacional das Pessoas Idosas, começaram a ser introduzidos alguns programas e iniciativas de carácter intergeracional como o Projeto Tio e o projeto Net@avó. Estes programas vão ao encontro das diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU) na medida em que contribuem para uma sociedade para todas as idades onde a solidariedade entre as gerações é uma realidade.

A saúde do idoso afigura-se como outro dos desafios colocados. A OMS (WHO, 2002b) realça a necessidade de assegurar aos idosos cuidados de saúde satisfatórios. O aumento da longevidade traz mudança no estado de saúde dos idosos e, atenta a esta realidade, a OMS elaborou, em 2002, o guia do envelhecimento, *Keep fit for life Meeting the nutritional needs of older persons*, onde são feitas recomendações sobre a manutenção da saúde aos idosos.

A preocupação com as pessoas mais velhas, numa sociedade envelhecida, é notória e não é recente. Em 1982, decorreu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento em Viena, Áustria, de onde saiu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento que inclui 62 recomendações sobre saúde e nutrição, habitação e meio ambiente, bem-estar social, segurança e emprego, educação, família, entre outros. Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas, na resolução 46/91, adotou Princípios das Nações Unidas para o Idoso ao nível da independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade.

Em 1999, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarava 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, com o objetivo de criar “Uma sociedade para todas as idades”. A resolução

91/49/CEE declara 1993 como o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações. No ano de 2002, realizou-se em Madrid, Espanha, a II Assembleia Mundial do Envelhecimento tendo sido elaborado o Plano de Ação Internacional de Madrid no qual se apela à mudança de atitudes, políticas e práticas para que todos possam envelhecer em segurança e com dignidade, participando na sociedade. Através da Decisão n.º 940/2011/EU, 2012 é declarado como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações com o intuito de criar uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, realçando o contributo socioeconómico dos mais velhos e a necessidade de criação de mais e melhores oportunidades que permitam que se mantenham ativos. Portugal associou-se a esta iniciativa através da Resolução do Conselho de Ministros 61/2911, de 22 de dezembro.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde considerou o período 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável. Em Portugal, o Grupo de Trabalho Interministerial propôs uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025, através do despacho n.º 12427/2016. A nível mundial e europeu, há um reconhecimento dos direitos das pessoas mais velhas.

Não basta viver muitos anos. É importante que esses anos sejam vividos com qualidade de vida e, para isso, é essencial que os idosos se envolvam na vida social, cultural, económica, cívica e espiritual, envelhecendo de forma autónoma. Envelhecimento saudável pressupõe liberdade de ação em que o idoso envelhece sem interferências indesejadas, decide o que quer (ou não quer) fazer (WHO, 2015).

## **1.2. Envelhecimento ativo: definição e desafios**

O envelhecimento ativo (EA) e bem-sucedido é preocupação das populações e traduz-se no envelhecer bem ou envelhecer positivamente.

O envelhecimento ótimo, o bem-sucedido, o produtivo e o saudável, são conceitos recentes e sinónimos do envelhecimento ativo (Fernández-Ballesteros, 2011). Ann Bowling (2007, 2005), Zahava Gabriel & Ann Bowling (2004) e Rócio Fernández-Ballesteros (2009) consideram que a abordagem a esta temática é feita em relação ao envelhecimento bem-sucedido e à QdV.

Mais utilizado na Europa, o conceito de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1990 resumia-se a um modelo multidimensional, e focava-se mais na saúde. Mais recentemente, em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid (ONU, 2002), a OMS apresentou um novo conceito de envelhecimento ativo como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002b: 12). O termo “ativo” é mais abrangente e vai mais

além na medida em que, não se refere só à saúde e a ser física e profissionalmente ativo, mas também à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica (WHO, 2002b). Além disso, esta noção de envelhecimento ativo reforça os direitos dos idosos consagrados nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas.

Os três pilares deste conceito são a saúde, a participação social e a segurança. Envelhecer de forma ativa depende de determinantes na esfera pessoal (biologia e genética, fatores psicológicos), na esfera comportamental (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde), na esfera económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), na esfera do ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e segurança alimentar), na esfera do ambiente social (apoio social, prevenção de violência, educação e alfabetização) e na esfera da disponibilização dos serviços sociais e de saúde (direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, de acesso equitativo e de qualidade). Género e cultura são fatores transversais neste processo e que têm influência sobre todos os determinantes. Os valores culturais e tradicionais influenciam a forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os seus idosos, uma vez que existem diferentes formas de envelhecer, como refere Óscar Ribeiro & Constança Paúl (2011).

O envelhecimento ativo realça o potencial das pessoas idosas na vida económica e a possibilidade destas se manterem ativas no mercado de trabalho, se desejarem e tiverem capacidades, acedendo a programas de educação e formação. Esta dimensão económica do envelhecimento ativo tem sido muito valorizada tendo, inclusive, alguns países adotado medidas centradas no emprego como forma de garantir a sustentabilidade dos sistemas de proteção social na velhice. De entre essas medidas salientamos o prolongamento das carreiras contributivas e o adiamento da idade da reforma mantendo os indivíduos no mercado de trabalho e deixando de parte outras dimensões do envelhecimento ativo.

Em Portugal, foram implementados alguns programas para a promoção do envelhecimento ativo: o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em 2004, emitido pela Direção Geral de Saúde; o Guia Global das Cidades Amigas do Idoso, produzido pela OMS (2008) ao qual têm aderido várias cidades portuguesas, nomeadamente Aveiro, Espinho, Mértola, Barcelos, Esposende, Guimarães, Fundão, Sertã, Portimão, Silves, Lagoa, Leiria, Peniche, Oeiras, Elvas, Portalegre, Paredes, Trofa, Grândola, Valença, entre outras; o Programa de Ação, 2012, onde Portugal se compromete a desenvolver iniciativas que estimulem o debate, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização da opinião pública para a mudança cultural.

O grande mérito deste conceito do envelhecimento ativo é a perspectiva do envelhecimento como uma experiência positiva que, na opinião de Fernández-Ballesteros (2011), veio alterar os estereótipos negativos atribuídos aos mais velhos. Além disso, esta abordagem distancia-se da imagem do envelhecimento enquanto doença ou dependência e preconiza como objetivos deste conceito a expectativa de vida saudável com autonomia, independência e QdV para todas as pessoas inclusive as que necessitam de cuidados.

### **1.2.1. Constrangimentos do conceito Envelhecimento Ativo**

São diversas as críticas dirigidas à forma como o conceito de envelhecimento ativo tem sido utilizado. Alan Walker (2002) considera que cada idoso é único, inserido numa sociedade com posturas e expectativas face à vida pessoal e, como tal, não lhe devem ser impostas medidas políticas orientadas para o fator económico nomeadamente a participação económica e produtiva. Diversos estudos demonstram que o trabalho não assume a centralidade defendida pela OMS na definição de envelhecimento ativo. Em Inglaterra, o estudo efetuado por Ann Bowling em 2008 a 337 idosos britânicos concluiu que as referências ao trabalho são escassas. Em Portugal, estudos efetuados por Alexandra Lopes e Carlos Gonçalves (2012) e, em Espanha, os dados do Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento Ativo (ELEA) de Rocio Fernández-Ballesteros (2011), chegaram a conclusões semelhantes: os idosos dedicam uma parte considerável do seu tempo a atividades não remuneradas como o apoio à família, filhos e netos.

A ênfase colocada na participação dos indivíduos no mercado de trabalho visa apenas solucionar a sustentabilidade do sistema de segurança social, não valorizando aspetos como os cuidados prestados à família ou o voluntariado (Matos & Perufo, 2016).

Além desta valorização económica do envelhecimento ativo nas políticas públicas dos países ocidentais, o envelhecimento ativo por vezes, é interpretado como “envelhecimento saudável”, conceito utilizado pela OMS nos seus discursos até ao início do séc. XXI (Amorim, Coelho & Barbosa, 2015).

A exclusão das atividades de lazer, enquanto forma de ocupação do tempo livre, na operacionalização do conceito de envelhecimento ativo é outra das críticas efetuadas que evidencia o interesse colocado primeiramente na sociedade ao enaltecer a participação contínua dos idosos e, só depois, no indivíduo, nomeadamente no seu descanso (Boudiny, 2013, Boudiny & Mortelmans, 2011). Kim Boudiny & Dimitri Mortelmans (2011) consideram que as atividades de lazer são fundamentais na velhice ao preservarem as capacidades físicas, a função cognitiva e a inclusão social dos idosos. Também Ann Bowling *et al* (2003) defendem a importância dos relacionamentos sociais e do voluntariado nos idosos

britânicos. Enfim, as atividades produtivas nem sempre são benéficas para os idosos e, por outro lado podem funcionar como fator de exclusão para os idosos mais velhos quando não são capazes de se manter ativos (Boudiny & Mortelmans, 2011).

Neste âmbito, Martha Holstein & Meredith Minkler (2007) consideram que este modelo de envelhecimento ativo pode ter efeitos negativos nas pessoas mais velhas, pois ao querer eliminar a imagem negativa dos idosos e ao focar-se nos aspetos positivos do envelhecimento, esquece-se que o envelhecimento acarreta limitações físicas que resultam do avançar da idade.

O envelhecimento ativo, tido como uma experiência positiva que pressupõe envolvimento social, segurança e oportunidades de saúde, não deve ser associado apenas à capacidade de estar fisicamente ativo, mas deve estar aberto à subjetividade individual, social, cultural, espiritual e civil (Ribeiro, 2012).

Boudiny & Mortelmans (2011) consideram que o envelhecimento ativo, enquanto forma de otimização das condições que visam melhorar a QdV das pessoas que envelhecem, é um conceito que se aplica a todas as idades e não apenas aos idosos.

Conceito abrangente, as múltiplas vertentes e determinantes são um pau de dois bicos. Por um lado, enaltecidas como uma das virtualidades deste modelo, por outro, tido como demasiado abrangente na medida em que abarca múltiplas dimensões da vida. O conceito envelhecimento ativo parece não estar suficientemente explícito e defende ideais de funcionamento que nem sempre podem ser alcançáveis pela população (Holstein & Minkler, 2007, Ribeiro, 2012). Nesta linha de pensamento Boudiny & Mortelmans (2011) realçam a divergência na forma como os académicos e os idosos consideram o envelhecimento ativo.

O que se pretende não é acrescentar anos à vida, mas acrescentar vida aos anos para que as pessoas mais velhas vivam mais anos com QdV. Cientes que atualmente o homem vive mais anos do que em qualquer outro momento da história, a OMS (WHO, 2015) adotou um novo conceito de envelhecimento para responder de forma mais adequada ao envelhecimento da população, surgindo assim a noção de envelhecimento ativo e saudável.

### **1.3. Envelhecimento Ativo e Saudável: Um novo paradigma para a velhice**

Em 2015, a OMS publicava o documento *World report on ageing and health* no qual reconhecia as limitações do conceito envelhecimento ativo ao afirmar que muitas das perceções sobre idosos estavam desatualizadas realçando que o envelhecimento saudável não se refere apenas à ausência de doenças.

Com o intuito de construir uma sociedade para todas as idades, a Assembleia Mundial da Saúde declarou, a 14 de dezembro de 2020, o período de 2021-2030 como Década do Envelhecimento Saudável. Nesta Assembleia, expressou-se a preocupação com o facto de o mundo não estar suficientemente preparado para responder aos direitos e necessidades das pessoas idosas.

A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 visa alterar a forma como pensamos, sentimos e agimos face à idade e ao envelhecimento, facilitar a capacidade dos idosos de participar e contribuir para as suas comunidades e sociedade, prestar serviços de saúde primários que atendam às necessidades do indivíduo, e promover o acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que deles necessitem.

O que se pretende com a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) é reunir os governos, a sociedade civil, as agências internacionais e meios de comunicação para encetar uma ação coordenada e colaborativa no sentido de mudar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e das comunidades onde vivem. As políticas imanadas “devem ser estruturadas de forma que permitam a um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento. E elas devem servir para quebrar as muitas barreiras que limitam a participação social contínua e as contribuições de pessoas maiores” (OMS, 2015: 6).

Neste contexto, a OMS (2015: 13) definiu envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”. A capacidade funcional é o resultado das capacidades intrínsecas (físicas e mentais) da pessoa com o meio. A capacidade intrínseca e funcional tende a diminuir com o aumento da idade, as escolhas e as intervenções efetuadas ao longo da vida.

O envelhecimento saudável visa o bem-estar numa perspetiva holística, isto é, privilegia os elementos de vida valorizados pela pessoa. Assim, esta forma de envelhecimento é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas de modo que estas vivenciem aquilo que valorizam (OMS, 2015).

Aspetos como a saúde não definem o envelhecimento saudável. Pelo contrário, este envelhecimento é visto como um processo que depende de cada um podendo tornar-se numa trajetória mais ou menos positiva. As pessoas mais velhas podem viver mais e de forma mais saudável permitindo que sejam e façam o que valorizam na vida.

Cada idoso deve viver de acordo com as suas capacidades funcionais que devem ser preservadas, tanto quanto possível, de modo que estes possam continuar a realizar o que é importante para eles.

Enfim, esta definição do envelhecimento saudável parte do pressuposto que os idosos são todos diferentes e que a saúde das pessoas idosas é influenciada por fatores individuais e coletivos que dependem do ambiente em que cada um vive (habitação, tecnologia, transportes, serviços sociais e de saúde).

Para que cada idoso envelheça de forma saudável e com qualidade de vida, é necessário mudar mentalidades sobre o envelhecimento e a pessoa idosa (OMS, 2015).

#### **1.4. Qualidade de Vida**

A QdV é fundamental na trajetória do envelhecimento. A QdV das pessoas idosas depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo do ciclo de vida, bem como da ajuda e apoio que as gerações seguintes lhes dão (OMS 2005). A família, a sociedade e a comunidade influenciam a forma como se envelhece (Cabral & Ferreira, 2013).

O processo comunicativo que o idoso estabelece com o profissional de saúde visa melhorar a sua qualidade de vida através da adoção de práticas adequadas ao nível da alimentação, do cumprimento da prescrição médica e da prática de atividade física. Hipócrates, tido como o “pai da medicina”, salientou a importância da comunicação no efeito terapêutico do utente, realçando o facto de que alguns doentes recuperam devido à satisfação sentida face à humanidade do clínico.

Sem dúvida que, um dos objetivos da comunicação em saúde é aumentar a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos adotando ou mantendo comportamentos e práticas que visam melhorar os resultados na saúde (Schiavo *et al*, 2012-2017). Tendo presente a importância da comunicação em saúde na melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos debruçemo-nos sobre o conceito de QdV.

##### **1.4.1. Multidimensionalidade do conceito de QdV**

O conceito QdV é de difícil definição (Farquhar, 1995) devido ao seu carácter multidimensional (Bowling, 1995, Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002, Felce & Perry, 1995, Fernández-Ballesteros, 2011, Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Maciá, 1996, Lawton, 1991, Veenhoven, 2004) e subjetivo (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, Veenhoven, 2004, WHOQOL, 1994, 1995). A multidimensionalidade do termo refere-se às dimensões que medem a QdV: a visão objetiva e a visão subjetiva. A primeira visão abarca as condições objetivas de vida como a saúde. Esta visão escandinava utiliza indicadores sociais que incluem apenas as condições de vida. Nesta perspetiva, inserimos autores como E. Allardt (1976), R. Erickson (2009) e A. Sen (2009). A segunda visão realça o bem-

estar subjetivo das pessoas nomeadamente a QdV. Esta visão americana utiliza indicadores subjetivos de acordo com a auto percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida. Esta perspetiva é defendida por A. Campbell, P. Converse & W. Rodgers (1976), M. Lawton (1983) e R. Veenhoven (2004).

A dimensão objetiva abarca as condições objetivas de vida. E. Allardt (1976) baseou a sua perspetiva no conceito de bem-estar entendido como satisfação das necessidades e no nível de vida. Privilegiou a dimensão objetiva, condições materiais e impessoais. Embora diferencie nível de vida de QdV considera que ambos os conceitos podem ser avaliados de forma subjetiva e objetiva. Numa perspetiva objetiva, avalia-se o nível de vida através da satisfação das necessidades, pelo ter e pelos recursos materiais e impessoais e, o nível subjetivo relaciona a percepção subjetiva da satisfação pessoal com as condições de vida materiais. A QdV é avaliada de forma objetiva através da necessidade de satisfação dos relacionamentos humanos e, de forma subjetiva através da percepção subjetiva da satisfação pessoal dos relacionamentos humanos e sociais.

R. Erickson (2009) também se debruçou sobre as condições de vida do indivíduo considerando que este é detentor de diversos recursos (dinheiro, posses, conhecimento, energia física e mental, relações sociais, segurança) através dos quais controla as suas condições de vida. O autor vai mais longe ao considerar que os recursos disponíveis são pré-condições para a QdV.

Amartya Sen (2009) aborda a QdV baseada na *capability approach* em que cada indivíduo detém capacidades e oportunidades sociais que lhe permitem alcançar funcionalidades, isto é, aquilo que o indivíduo consegue fazer ou ser na vida. A vantagem desta abordagem está no realçar do *empowerment* dos indivíduos.

Allardt (1976), Erikson (2009) e Amartya Sen (2009) consideram os recursos materiais e impessoais condições objetivas fundamentais, quer para o bem-estar quer para a QdV.

A dimensão subjetiva refere-se à perspetiva subjetiva do indivíduo. Angus Campbell, Philip Converse & Willard Rodgers (1976) consideram que a QdV é um sentimento de satisfação com a vida em geral em diversos domínios como o trabalho ou a família. A satisfação com a vida nos diversos domínios depende assim da percepção individual, de elementos psicológicos e comportamentais.

O modelo de QdV proposto por M. Lawton (1983) baseia-se no modelo *"the good life"* que introduz a noção de bem-estar psicológico e QdV percebida. Noções como competência comportamental (saúde, saúde funcional, cognição, uso do tempo e comportamento social), bem-estar psicológico, QdV percebida (avaliação efetuada pela pessoa sobre cada um dos domínios da sua vida) e ambiente objetivo (caraterísticas físicas que rodeiam) fazem parte deste modelo.

Em 1999, a OMS criou o grupo de trabalho WHOQOL, composto por peritos de diversas áreas e culturas, com o intuito de analisar este conceito e de construir um instrumento para a avaliação transcultural da QdV.

O WHOQOL Group (1994: 28) definiu QdV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta conceptualização, além de valorizar a perspetiva subjetiva do indivíduo, a capacidade de manter a autonomia e a independência, abarca a dimensão física, psicológica, cultural, social, espiritual, ambiental.

Este grupo de trabalho construiu dois instrumentos de avaliação da QdV, o WHOQOL-100<sup>2</sup> e posteriormente, devido à morosidade do processo foi criada uma versão abreviada, o WHOQOL-Bref<sup>3</sup>. Estes instrumentos de medida da QdV permitem identificar as percepções subjetivas dos indivíduos podendo ser usados em grupos clínicos ou em grupos da população normal. Além disso, são instrumentos psicométricos que permitem alcançar precisão, validade e incluem variáveis sociodemográficas. Em 1999, iniciou-se o projeto WHOQOL-OLD<sup>4</sup> que visava adaptar estas medidas à população idosa.

O modelo conceptual subjetivo proposto por Ruut Veenhoven (2004) considera que “bem-estar” é sinónimo de QdV. Bem-estar refere-se ao tempo em que as pessoas vivem felizes e a qualidade de vida é a combinação de quanto tempo a pessoa vive feliz. O autor faz referência a quatro tipos de QdV que se relacionam, são eles as condições ambientais de vida, a utilidade da vida, as condições pessoais para a vida e a satisfação com a vida. Estes aspetos abarcam as oportunidades de vida e os resultados de vida. As oportunidades de vida referem-se à habitabilidade do ambiente (ambiente ecológico, social, económico e cultural) e à capacidade de vida da pessoa (saúde física, saúde mental, conhecimento e capacidade de viver). Os resultados de vida são a utilidade do ambiente de vida na intimidade (criar os filhos, amigos), na sociedade (cidadão cumpridor), na perfeição moral (autenticidade, moralidade) e a valorização da vida pela pessoa (satisfação, felicidade).

A coexistência destas duas dimensões é consensual (Fernández-Ballesteros *et al.* 1996, Lawton, 1991). Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón & A. Maciá (1996) defendem uma conceptualização da QdV onde coexistem aspetos subjetivos como a saúde percebida, a satisfação social, as necessidades

---

<sup>2</sup> O WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1994, 1995, 1998) é um instrumento de autoavaliação constituído por seis domínios: o físico, o psicológico, o nível de interdependência, as relações sociais, o ambiente e a espiritualidade/crenças pessoais. Composto por 1000 perguntas organizadas em 24 facetas específicas referentes aos domínios e uma faceta geral com quatro perguntas de avaliação global da QdV e percepção geral da saúde.

<sup>3</sup> WHOQOL-Bref, composto por 26 itens organizados em quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais e ambiente referentes à faceta específica, e dois itens alusivos à faceta geral em que se avalia a QdV geral e a percepção geral de saúde.

<sup>4</sup> WHOQOL-OLD adequado à população idosa, conceptualizado como instrumento complementar das medidas genéricas de QdV. Na sua versão original, é constituído por 6 facetas (24 itens, 4 por faceta, com escala de resposta tipo Likert, de cinco pontos - funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade).

culturais, os serviços de saúde e sociais percebidos e a avaliação ambiental, e aspetos objetivos como a saúde objetiva, o apoio social, os fatores culturais, a qualidade ambiental, os serviços de saúde e sociais disponíveis.

M. Lawton (1991) apresenta uma conceptualização onde a QdV é avaliada por critérios intrapessoais (subjetivos) e por critérios sócios normativos (objetivos) do sistema pessoa-ambiente do indivíduo no passado, na atualidade e no futuro. As diversas interações ao longo da vida vão ditar a QdV da pessoa em quatro áreas: bem-estar psicológico, QdV percebida, competência comportamental e condições ambientais.

Atualmente, parece ser consensual que a dimensão objetiva e subjetiva persistem no conceito de QdV. Além das diversas propostas internacionais das Nações Unidas/ Organização Mundial de Saúde/Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) referidas anteriormente na definição do constructo QdV e respetiva operacionalização através da criação de um conjunto de instrumentos genéricos de avaliação (ex., WHOQOL-100, WHOQOL-Bref, Grupo WHOQOL-OLD), surgiu recentemente uma proposta mais ajustada à realidade dos idosos europeus, o CASP-19.

O CASP-19 é um instrumento de avaliação subjetiva de qualidade de vida baseado no conceito de necessidades humanas básicas de Maslow<sup>5</sup> e Giddens. Segundo Higgs *et al.* (2003) é necessário uma escala que se sobreponha a diferenças culturais e etárias.

No artigo publicado em 2015 por Hyde *et al.*, *A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions* na revista *Aging Mental Health*,<sup>6</sup> os autores referem que na década seguinte à construção e validação inicial, a escala foi utilizada e validada em mais de 20 países de todos os continentes e foi traduzida para dezasseis línguas.

A escala CASP-19 foi usada em diversos estudos internacionais tendo sido feitas associações entre a qualidade de vida percebida, prazer, autorrealização, controle e autonomia, entre outros. Entre esses estudos citam-se o *Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe - SHARE*; o *English Longitudinal Study of Aging*; o *Health, Alcohol, and Psychosocial Factors in Eastern Europe Study*; o *Health and Retirement Survey*; o *Irish Longitudinal Study of Ageing*, entre outros.

Este instrumento é usado para medir a qualidade de vida auto relatada entre adultos com 60 ou mais anos de idade e é composto por quatro dimensões que compõem a sigla do instrumento: controlo (*control*), autonomia (*autonomy*), autorrealização (*self-realization*) e prazer (*pleasure*).

---

<sup>5</sup> Maslow A. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand

<sup>6</sup> Hyde, M., Higgs, P., Wiggins, R. & Blane, D. (2015). A decade of research using the CASP scale: key findings and future directions. *Aging Ment Health*, 19: 571-76.

O controle é definido como a capacidade de um indivíduo intervir no meio ambiente e, a autonomia é a liberdade de envelhecer sem interferências indesejadas de outros. Quando os indivíduos agirem com controle e autonomia podem autorrealizar-se através de atividades que os tornem felizes. Autorealização e prazer referem-se à apreensão de processos ativos e recetivos do ser humano. Qualidade de vida é vista como a satisfação dessas necessidades (Higgs *et al*, 2003).

Esta abordagem defende que a QdV pode, portanto, ser avaliada pelo grau em que os requisitos para todos os quatro domínios estão satisfeitos.

Este instrumento de avaliação da QdV na velhice baseado na teoria da necessidade humana proposto por Higgs *et al* (2003) considera as necessidades como pré-requisitos para a livre participação na sociedade.

As mudanças sociais, económicas e demográficas visíveis em grande parte dos países valorizam a questão da qualidade de vida na velhice.

#### **1.4.2. Qualidade de Vida na Velhice**

Influenciado pelos contextos sociais, económicos, políticos e culturais característicos de cada época histórica, o conceito de QdV tem sofrido alterações ao longo dos tempos (Farquar, 1995, Bowling, 1995, Minayo, Hartz & Bun, 2000). Esta preocupação com a QdV não é recente. São diversas as referências históricas à QdV: no Antigo Testamento estão patentes as preocupações com a felicidade e o bem-estar, assim como nos textos egípcios e gregos em autores como Aristóteles, Platão e Séneca (Fernández-Ballesteros, 2000).

Em Portugal, há alguns estudos pioneiros na área da QdV. Salientamos os de Sousa, Galante & Figueiredo (2003) que concluíram que os idosos portugueses alcançam um envelhecimento bem-sucedido e de Constança Paúl, Fonseca, Martin & Amado (2005) que constataram que o melhor preditor de QdV é a autonomia. Defendem que tornar a QdV uma realidade abrangente a todos os idosos passa por aumentar o nível de educação e de rendimento, o acesso à saúde e a serviços de saúde bem como a integração social.

Ann Bowling & Steve Liffé (2011) referem-se à necessidade de promover outros recursos junto dos idosos, tais como as atividades sociais, para promover a QdV dos mais velhos. Além desta participação social, John Rowe & Robert Kahn (1997) acrescentam o otimismo e a resiliência.

Para Sérgio Paschoal (2002), o conceito da QdV abarca a dimensão física, psicológica e social sendo que, estes fatores influenciam a saúde e a QdV dos idosos. Ana Fernandes (1997) considera que a QdV dos idosos está relacionada com a forma como a velhice é vivenciada e experienciada pelo indivíduo.

A QdV dos idosos resulta do contexto e das circunstâncias em que as pessoas mais velhas vivem. O estilo de vida adotado e as condições pessoais como a posição social, a idade ou o sexo, são fatores de QdV que estão associados ao envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 1998). A velhice exige um equilíbrio entre ganhos e perdas bem como constantes adaptações a novas realidades (Baltes & Baltes, 1990).

A QdV advém do sucesso de adaptação constante do idoso às situações que vão surgindo. Este processo adaptativo não é universal, mas depende de fatores internos e externos que vão surgindo na vida das pessoas mais velhas. A adaptação é assim variável e resulta de condições como a segurança física e económica, convivência, estímulo e o sentimento de utilidade. Enfim, a QdV resulta do êxito de um processo adaptativo contínuo às transformações que se sucedem (Barreto, 2005).

Estamos, assim, perante uma visão positiva do envelhecimento que é descrita de diferentes formas na literatura científica, tal como referido no subcapítulo anterior: Rowe & Khan (1987, 1997), Baltes & Baltes (1990) falam em envelhecimento com sucesso, Butler (1969) em envelhecimento produtivo, a WHO (1990, 2002b) em envelhecimento ativo e saudável, Fernández-Ballesteros (1998, 2011), e António Fonseca (2005) em envelhecimento bem-sucedido.

Fernández-Ballesteros (2011) utiliza a expressão “guarda-chuva” para abarcar todas as perspetivas do envelhecimento bem-sucedido, considerando que todos estes conceitos científicos são descritos por fatores biopsicossociais e avaliados por indicadores objetivos e subjetivos.

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de vida é um dos caminhos apontados como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2004; WHO, 2002, 2015).

Perante todas estas perspetivas face ao envelhecimento, constatamos que é um conceito complexo que apresenta algumas limitações conceituais e metodológicas.

#### **1.4.3. Limitações do conceito Qualidade de Vida**

O conceito de QdV é amorfo, multifacetado, complexo e envolve uma série de componentes que integram diversos aspetos da vida do indivíduo (objetivos, subjetivos, positivos e negativos) (Bowling *et al*, 2002, 2003, Lawton, 1991, Walker, 2005, Walker & Lowenstein, 2009).

Cientificamente difícil de definir (Bowling, 2005, Fernández-Ballesteros, 2011, Hyde *et al*, 2003), o conceito de QdV carece de uma base teórica sólida e coerente (Higgs *et al*, 2003, Hyde *et al*, 2003, Walker & Maeson, 2003, Walker, 2009) existindo por isso muitas limitações na construção do conceito. Por vezes, o enquadramento teórico possui uma abordagem individualista, com falta de clareza

conceitual, uma natureza aberta (Walker & Maeson, 2003) e mal definido (Hyde *et al*, 2003). Devido à dificuldade em definir o conceito de QdV, muitos autores limitam-se a identificar as dimensões e indicadores de uma vida de qualidade (Schalock *et al*, 2003). Perante a ambiguidade que o conceito de QdV suscita, Ben-Chieh Liu (1976: 10) afirma “*There are as many quality of life definitions as there are people*”. Neste contexto, Morag Farquhar (1995) afirma existirem diferentes perspectivas e sentidos para a QdV.

Não obstante não existir uma definição científica de QdV, aceite por todos, há consenso em relação a algumas das componentes deste conceito: bem-estar físico (saúde, atividade física, mobilidade e segurança pessoal), bem-estar social (relações interpessoais com família, amigos e comunidade), bem-estar emocional (afeto positivo, respeito, satisfação, realização, confiança/crença e autoestima) e bem-estar material (rendimentos, qualidade da habitação, privacidade, estabilidade económica, segurança, vizinhança, transporte, bens e alimentação) e desenvolvimento e atividades (competência, emprego, vida familiar, lazer, educação, controlo e produtividade) (Felce & Perry, 1995).

A complexidade do conceito QdV não impediu, como mostrou Fernández-Ballesteros (2011), o aumento de referências ao mesmo. Estamos assim, perante uma subavaliação da QdV uma vez que o conceito foi reduzido à avaliação subjetiva, à saúde e a atributos psicológicos (Bowling *et al*, 2003, Dijkers, 2007, Fernández-Ballesteros, 2011). Ao privilegiar o estudo da qualidade de vida no contexto da saúde, restringe-se a velhice a uma dimensão de saúde, incapacidade e doença (Hyde *et al*, 2003). Sem dúvida que, o estudo da qualidade de vida ultrapassa a dimensão da saúde (Farquhar, 1995).

Apesar do desacordo na definição do conceito de QdV, é consensual a necessidade de elaborar um modelo conceptual mais amplo de QdV (Higgs *et al*, 2003, Hyde *et al*, 2003, Walker, 2009).

A avaliação do conceito de QdV é divergente. A natureza multifacetada do conceito colocou desafios à sua medição, havendo poucas medidas multidimensionais de avaliação da QdV (Bowling, 2009).

Conceito multidisciplinar, é usado em várias áreas como as ciências sociais, a medicina, a economia, a geografia, a literatura e a filosofia (Bowling, 2005, Farquhar, 1995, Fernández-Ballesteros, 2011) o que demonstra a diversidade, complexidade e importância da QdV.

Apesar das limitações do conceito QdV, o envelhecimento é olhado numa perspectiva nova e positiva devendo os idosos ter um papel ativo enquanto agentes da sua própria qualidade de vida (Walker, 2009), envelhecendo sem interferências indesejadas de modo que cada idoso decida o que quer fazer (OMS, 2015).

É importante acrescentar anos de vida, principalmente se esses anos forem vividos com QdV. Neste contexto, urge perceber a influência da comunicação com o profissional de saúde nas decisões que os idosos tomam no sentido de promoverem a sua saúde e melhorarem a qualidade de vida.

## Capítulo II – Comunicação em saúde

A comunicação é essencial em qualquer ação que vise melhorar a saúde. Enquanto recurso a ser utilizado na educação e prevenção da doença e na promoção de saúde, a comunicação em saúde é um campo pertinente por colocar a sua ênfase na compreensão da comunicação e na mudança de comportamentos (Rimal & Lapinski, 2009).

Vamos debruçar-nos sobre a importância da comunicação em saúde no relacionamento do profissional de saúde e utente idoso, tendo presente que a comunicação influencia a consciência individual, o conhecimento, a atitude e o comprometimento com a mudança de comportamento do utente (Domnariu, 2014).

### 2.1. Comunicação orquestral na saúde

A comunicação em saúde tem-se destacado nas últimas décadas tendo as ciências da comunicação assumido um papel de relevo na área da saúde.

O estudo da comunicação em saúde intensificou-se nas últimas décadas. O governo americano lançou o “Healthy People 2010”<sup>1</sup>, um Programa de Saúde no qual surge pela primeira vez um capítulo dedicado à comunicação em saúde onde se reconhece a relevância desta temática na saúde e bem-estar das populações. A este plano sucedeu o “Healthy People 2020” que dá continuidade ao anterior. Não obstante o crescente interesse nesta área, a comunicação em saúde tem sido definida e redefinida ao longo dos tempos, sendo várias as expressões utilizadas: comunicação e saúde, comunicação em saúde ou comunicação para a saúde. Os países anglo-saxónicos deram um grande contributo para a investigação desta temática, tendo desenvolvido investigação sobre o conceito de “health communication” (Schiavo, 2007).

Não há, assim, uma única definição de comunicação em saúde, uma vez que, por ser uma área emergente e multidisciplinar, está em desenvolvimento (Ratzan *et al*, 1996). Apesar de ser uma área de pesquisa complexa e vasta, “procura-se estudar a influência da comunicação humana na prestação de cuidados às populações, no sentido da promoção da saúde pública” (Ruão, Lopes & Marinho, 2012: 5).

J. Sixsmith, P. Doyle, M. D’Eath & M. Barry (2014) consideram que a comunicação em saúde visa informar e influenciar decisões individuais e comunitárias através de diversas estratégias de comunicação, com o intuito de melhorar a saúde. Assim, a comunicação em saúde pode ser

---

<sup>1</sup> O *Healthy People* é um programa elaborado de dez em dez anos, visando promover a saúde e prevenir a doença de todas as pessoas dos Estados Unidos da América.

direcionada para países, comunidades ou indivíduos. Esta definição relaciona as áreas da comunicação e da saúde.

Renata Schiavo (2007) considera que a comunicação em saúde é uma abordagem multifacetada e multidisciplinar que visa atingir diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas com a saúde com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais para que os diferentes públicos introduzam e adotem comportamentos, práticas ou políticas que, em última análise, melhorem a saúde e modifiquem comportamentos.

Gary Kreps, Ellen Bonaguro & Jim Query (1998) acham que a comunicação em saúde é uma área de investigação ampla, que examina diferentes níveis e canais de comunicação em diversos contextos sociais.

Scott Ratzan, J. Gregory Payne & Carol Bishop (1996) definem a comunicação em saúde como a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar individualmente, institucionalmente e publicamente sobre questões de saúde tidas como importantes. O campo de ação da comunicação em saúde inclui a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a política de saúde, negócios e a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos indivíduos numa comunidade.

O papel da comunicação em saúde é fundamental por diversas razões. Desde logo, porque aumenta o conhecimento e a consciencialização de um problema/solução de saúde. Além disso, pode influenciar positivamente as perceções, crenças, atitudes e normas sociais, elucida acerca dos benefícios da mudança de comportamentos, reforça conhecimentos, atitudes e refuta mitos.

Neste contexto, e porque o estudo da comunicação em saúde é recente (Schiavo, 2007), a comunicação é relevante no relacionamento do profissional de saúde com o utente na prestação de cuidados de saúde (Berry, 2007, Macdonald, 2004). Melhorar a qualidade da comunicação em saúde traduz-se numa melhoria geral da saúde dos indivíduos (Berry, 2007, Davis & Fallowfield, 1991, Ong *et al*, 1995, Roter, 2000, Safran *et al*, 1998, Stewart, 1995).

A comunicação em saúde é um processo social complexo envolvendo pessoas, palavras, gestos e posturas corporais. Sendo interpessoal, a comunicação em saúde visa influenciar os outros a adotar determinadas posturas, comportamentos saudáveis e a adesão aos tratamentos e à medicação. Neste sentido, José Teixeira (2004: 615) define a comunicação em saúde como o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”.

Esta influência exercida pelos profissionais de saúde nos utentes será mais bem-sucedida se estes entenderem a comunicação como um todo integrado, um processo social constituído por múltiplas

formas de comportamento: a palavra, o gesto, o olhar, a mímica, o espaço interindividual que integra e regulamenta as relações (Watzlawich, 1973).

Esta foi a contribuição da Escola de Palo Alto, considerar a comunicação numa perspectiva orquestral. Metaforicamente, a comunicação é comparada a uma orquestra e, tal como uma orquestra, é composta por vários músicos que tocam diversas composições usando diversos instrumentos musicais. Também a comunicação em saúde ocorre num determinado contexto social e cultural e envolve diversos indivíduos, profissionais de saúde, auxiliares de ação médica e utentes, que interagem uns com os outros e interpretam essas interações através do comportamento humano, do olhar, dos gestos, do sorriso e da postura corporal.

Os pensadores desta escola defendem a máxima que o Homem não pode não comunicar. Esta máxima salienta o valor comunicativo do comportamento humano: palavra ou gesto, tem um valor comunicativo.

Os membros desta escola, também denominada de Colégio Invisível<sup>8</sup>, entendem o processo comunicativo como um todo em oposição ao modelo telegráfico de Shannon e Weaver. Este modelo matemático da comunicação aborda o processo comunicativo da transmissão da informação de uma fonte a um recetor através do uso de um canal e tendo em conta os ruídos que ocorrem ao longo do processo. Este trabalho desenvolvido na II Guerra Mundial nos laboratórios telefónicos Bell, nos EUA, tinha como principal preocupação usar os canais de comunicação de forma mais eficaz e eficiente, resolver o problema da comunicação entre a fonte de informação e o destinatário e criar uma mediação da informação.

A comunicação orquestral realça o valor comunicativo do comportamento social do profissional de saúde e do utente no contexto em que se insere. Comunica-se num espaço, num período de acordo com o processo de doença e o contexto em que esta ocorre.

A comunicação interpessoal estabelecida entre médico-enfermeiro e utente no contexto da saúde pressupõe que ambos os intervenientes adequem as suas atitudes à percepção do outro e ao seu quadro de referência (Bateson, 1981). Estes sistemas interpessoais são círculos retroalimentados "(...) dado que o comportamento de cada pessoa afecta e é afectado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas" (Watzlawick, 1973: 43).

Os profissionais de saúde devem ter presente os axiomas da comunicação humana uma vez que estes pressupostos pragmáticos conduzem a uma comunicação eficaz e bem-sucedida na saúde.

---

<sup>8</sup> Graças ao seu carácter não institucional e intelectual

Em última instância, a comunicação profissional de saúde-utente é fundamental e influencia a QdV de cada um (Teixeira, 2004). Quanto mais eficaz for a relação estabelecida maior será a satisfação do utente e a sua QdV (Stewart, 1995).

## **2.2. Comunicação na prática médica e de enfermagem**

A comunicação entre profissional de saúde e utente é uma ferramenta eficaz na melhoria dos cuidados de saúde (Berry, 2007, Stewart, 1995) e na QdV do utente, podendo conduzir a mudanças no comportamento e na atitude do utente face à saúde e à doença.

A comunicação na abordagem médica do utente tem sofrido alterações. Características pessoais, crenças, valores e perceções individuais sobre os cuidados de saúde afetam o modo como o profissional de saúde e o utente interagem (Berry, 2007) de acordo com o modelo comunicativo adotado por ambos.

O modelo biomédico de saúde, alicerçado numa visão cartesiana do mundo, tem dominado a saúde dos indivíduos desde o séc. XVII. Os princípios deste modelo baseiam-se numa visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza, defendida por filósofos como Galileu, Descartes e Newton, que concebiam o mundo como uma máquina. A doença é uma avaria que ocorre no corpo humano e que visa ser reparada pelo médico (Engel, 1977).

Neste modelo, o profissional de saúde é tido como a peça fundamental no tratamento médico e na recuperação da saúde. Nesta relação cuja preocupação é erradicar a patologia, é atribuído ao utente um papel passivo e pouca importância é dada à comunicação (Grilo, 2005, Macedo & Azevedo, 2009, Reis, 1999).

As vantagens deste modelo foram o desenvolvimento farmacológico, a educação sobre medidas de higiene, o desenvolvimento de meios de diagnóstico mais precisos e de técnicas cirúrgicas. A maior desvantagem é a ênfase colocada na doença física e não na pessoa. A autonomia e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde são negligenciadas. A ênfase é colocada no saber médico detido pelo profissional de saúde em detrimento da autonomia e poder de decisão do utente, resultando numa relação centrada na doença e no poder paternalista do profissional de saúde. Deste modo, a saúde é reduzida a um funcionamento mecânico e o doente a uma dimensão biológica em detrimento da pessoa (Reis, 1999). Predomina a visão curativa da doença e não a preventiva.

Desenvolvimentos tecnológicos e científicos na medicina conduziram à emergência de um novo modelo de cuidados de saúde. O modelo biopsicossocial elaborado por Engels, em 1977, considera que a saúde já não é a “mera ausência de doença”, mas considera também os fatores sociais e psicológicos

do utente. Este modelo defende a abordagem integral do utente numa perspetiva biopsicossocial. O contexto assume um papel preponderante e o diagnóstico inclui os aspetos biológicos e também os culturais, emocionais, psicológicos e sociais. Neste contexto, a saúde e a doença são um contínuo, sendo as causas da doença múltiplas. A saúde é, assim, entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de infeções e doenças, segundo a constituição da OMS (1948). Passamos assim de uma noção estática e formal de saúde para outra que privilegia a dimensão psicológica, o contexto social e as condicionantes de saúde. Ter saúde não significa não ter doença, mas implica bem-estar psicológico e social.

Este modelo centra-se assim, nos direitos da pessoa utente nomeadamente na sua dignidade, dependência e vulnerabilidade, alterando o papel do utente e do profissional de saúde, bem como na forma como este comunica com o utente (Grilo, 2005, Schofield, 2004, Taylor, 2009,). No entanto, apesar deste modelo afastar o reducionismo biológico do modelo biomédico, o indivíduo continua a ser visto como passivo. O papel do utente limita-se à cedência de informações de saúde cabendo ao profissional de saúde decidir o que é melhor para o utente (Reis, 1999).

É no modelo holista que o utente assume um papel ativo e participativo nos cuidados de saúde e no seu processo de tratamento. Ao profissional de saúde cabe conduzir o processo de tratamento de acordo com a vontade do utente e educar o utente para a saúde. O utente é olhado como um todo e a sua saúde como subjetiva. A comunicação entre profissional de saúde e utente é efetiva sendo o utente informado e esclarecido e as suas crenças e comportamentos de doença tidas em conta (Grilo, 2005).

O utente passivo, que se limitava a cumprir ordens médicas e pouco questionava o profissional de saúde, tem sido progressivamente substituído por um utente mais interventivo e com mais acesso à informação (Bensing & Verhaak, 2004, Corney, 2000, Stewart *et al*, 2006, Taylor, 2009), o denominado "*informed patient*" de Joelle Kivits (2004).

O aumento da esperança média de vida, da investigação biomédica e a incorporação de tecnologia cada vez mais avançada na prática clínica têm conduzido a mudanças progressivas no papel do médico que paulatinamente assume competências pessoais, comunicacionais e organizacionais, além das competências de especialista técnico e científico (Ferreira & Freitas, 2009). A este profissional é-lhe assim exigido uma constante atualização face aos avanços na investigação biomédica de modo a usar esse conhecimento nos utentes. Além disso, o profissional de saúde deve saber usar e integrar os meios tecnológicos na prática clínica. Como têm sido incorporados na direção de diversas instituições de saúde, além das competências de especialista, devem ser detentores de competências organizacionais e comunicacionais para desempenhar cargos de chefia, ou para estarem mais bem

preparados perante um utente cada vez mais informado que conversa, questiona e indaga este profissional de saúde.

A ação médica ainda é dominada por estes modelos, mas o aparecimento do “*paciente informado*” (Kivits, 2004) começa a levar os profissionais de saúde a adotar um modelo comunicativo holista.

O médico parsoniano, autoritário, douto e decisor cede lugar ao médico que toma decisões partilhadas. Os profissionais de saúde demonstram uma preocupação crescente com a perspetiva subjetiva da doença e não apenas com o corpo utente (Balint, 1998, Bensing *et al*, 2000, Stewart *et al*, 2000), com a autonomia do utente (Bensing *et al*, 2000, Schofield, 2004) e em dotar o utente de capacidade para gerir a sua doença (Corney, 2000, Bensing *et al*, 2000). Passamos de uma medicina centrada na doença, para uma medicina onde o utente ocupa um lugar de destaque sendo a comunicação o caminho real para uma relação centrada no utente (Bensing *et al*, 2000).

Os utentes realçam a competência comunicacional dos profissionais de saúde embora também valorizem a competência técnica (Infante *et al*, 2004, Jahng *et al*, 2005), o que demonstra que a relação profissional de saúde e utente transcende a mera atividade de prescrever. Autores como Ian McWhinney (2010), Nicola Mead & Peter Bower (2000), Michael Balint (1998) e Moira Stewart *et al* (2000, 2006) defendem uma medicina centrada no utente.

Michael Balint (1998) considera que o médico é a melhor medicação do utente e Ian McWhinney (2010) que este é um agente de cura. Nicola Mead & Peter Bower (2000) referem um modelo centrado no utente assente (1) em aspetos biopsicossociais em detrimento dos biomédicos, (2) o utente é visto como um ser único, com direitos e não como um corpo utente, (3) há uma partilha de poder e de responsabilidade entre o profissional de saúde e o utente, (4) na construção de uma aliança terapêutica, (5) sendo o profissional de saúde tido como um ser com competências humanas além das técnicas.

Moira Stewart *et al* (2000, 2006) consideram que a medicina centrada no utente subverteu o método clínico, destacando seis elementos: (1) explorar a doença e a experiência da doença; (2) compreender o utente na sua globalidade; (3) procurar entendimento entre o médico e o utente sobre o problema de saúde; (4) prevenir e promover a saúde; (5) reforçar a relação médico-utente; (6) viabilizar esta relação em termos de custos e de tempo.

Na conferência mundial sobre a comunicação médico-utente, realizada no Institute Fetzer, em Kalamazo (1999), vinte e um representantes de organizações de educação médica tentaram chegar a um consenso sobre os elementos que caracterizam a comunicação eficaz em vários contextos, identificar competências úteis a profissionais de saúde e a organizações de ensino, e garantir que as

conclusões sejam baseadas na evidência, passíveis de serem ensinadas e sujeitas a avaliação. Daqui resultou o Consensus de Kalamazo, onde se identificam as tarefas da comunicação: (1) construção de uma relação médico-utente; (2) abertura da consulta; (3) recolha de informação; (4) compreensão da perspectiva do utente; (5) partilha de informação; (6) negociação de um tratamento médico face ao diagnóstico; (7) encerramento da consulta. Estes elementos essenciais na comunicação médico-utente traduzem-se num aumento da eficácia e da eficiência da comunicação estabelecida (Makoul, Brunett, Campbell & Cole-Kelly, 2001).

A medicina centrada no utente promove a relação interpessoal, contribui para a qualidade dos cuidados de saúde (Bensing, *et al*, 2000, Epstein & Street, 2007, Ong *et al*, 1995, Reynolds, 2005), melhora a saúde do utente (Cegala *et al*, 2000, Roter *et al*, 1995), favorece a adesão dos utentes ao tratamento (Epstein & Street, 2007, Haes & Bensing, 2009, Maguire e Pitceathly, 2002, Safran *et al*, 1998), a satisfação do utente (Epstein & Street, 2007, Haes & Bensing, 2009, Krupat *et al*, 2000, Roter *et al*, 1997, Street, 1995, 2003), a satisfação do médico (Roter *et al*, 1997), melhora os conhecimentos do utente (Epstein & Street, 2007), a eficácia dos tratamentos (Haes & Bensing, 2009, Stewart *et al*, 2000), reduz os exames de diagnóstico médico (Stewart *et al*, 2000), as queixas médicas (Stewart *et al*, 1999) e permite uma utilização mais eficaz do tempo (Stewart *et al*, 2000). Enfim, aumenta o *empowerment* do utente ao capacitá-lo a ser mais ativo na gestão da sua saúde (Epstein & Street, 2007).

Nos relacionamentos mantidos, é essencial que os profissionais de saúde estejam conscientes da impossibilidade de não comunicar pois “atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando” (Watzlawich, 1973: 45).

Estudos realizados por Claramita *et al* (2011), na Indonésia, sobre o estilo de comunicação ideal, revelam que médicos, utentes e estudantes de medicina privilegiam um estilo de comunicação de parceria em detrimento dum estilo paternalista. No entanto, também reconhecem não estar preparados para este estilo de comunicação pois não dispõem de tempo para comunicar. É, assim, visível um desfasamento entre a relação comunicativa ideal e desejada e a que prevalece (a paternalista).

A comunicação centrada no utente vai ao encontro da perspectiva dos teóricos de Palo Alto que consideram a comunicação relacional, onde os indivíduos são participantes e construtores de significados e não meros emissores e recetores de mensagens, ou transmissores de informação. A

comunicação é, assim, um processo social baseado nas comunicações entre os indivíduos e, como tal, faz parte do dia a dia.

De entre os teóricos de Palo Alto, Paul Watzlawich (1973), na obra *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo de padrões, patologias e paradoxos da interação*, faz referência aos axiomas da comunicação que refletem o comportamento comunicativo social dos seres humanos.

O primeiro axioma da comunicação refere que é impossível não comunicar. Todo o comportamento individual é comunicativo na medida em que toda a comunicação, verbal e não-verbal, produz efeitos comportamentais e, a forma como o outro (profissional de saúde-utente) interpreta esse comportamento irá afetar a relação entre eles.

Há comunicação mesmo quando esta não é intencional. É realçada a não intencionalidade da comunicação profissional de saúde e utente sendo que, por vezes, o que o utente diz de forma não intencional é mais importante do que o que é dito intencionalmente.

O segundo axioma da comunicação refere que a comunicação inclui níveis de conteúdo e relações, bem como modos verbais e não-verbais. As mensagens enviadas pelos indivíduos, entre si, são consideradas como conteúdo e podem ser verbais (palavras transmitidas) e não-verbais (gesto, expressão facial e tom de voz). O nível de relação entre os indivíduos depende da forma como o conteúdo é interpretado e compreendido de acordo com o contexto onde ocorre a comunicação.

No terceiro axioma, a interpretação da comunicação ocorre através da pontuação. Profissional de saúde e utente comunicam pontuando os acontecimentos. Neste processo interativo, é necessário impor pausas para organizar o comportamento dos indivíduos enquanto comunicam em padrões. Os padrões, enquanto características das relações estabelecidas, dependem das interpretações e perceções que os indivíduos têm dos acontecimentos. Deste modo, o comportamento de um surge como resposta ao comportamento do outro havendo diferentes interpretações comportamentais que podem conduzir a distorções comunicacionais quer pelo profissional de saúde quer pelo utente.

O quarto axioma refere que todas as relações são regidas por regras de relações. A comunicação contém códigos analógicos e digitais sendo que os códigos analógicos englobam toda a comunicação não-verbal, “postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, sequência, ritmo e cadência das próprias palavras, e qualquer outra manifestação não-verbal de que o organismo seja capaz, assim como as pistas comunicacionais infalivelmente presentes em qualquer contexto em que uma interação ocorre” (Watzlawich, 1973: 57). Os códigos digitais, por sua vez, juntam os símbolos e os significados desses símbolos. A comunicação digital, verbal, é mais objetiva, complexa e versátil que a analógica, mais ambígua e subjetiva.

O quinto axioma considera que a interação comunicativa é simétrica ou complementar. A comunicação simétrica define uma relação baseada na igualdade (relação profissional de saúde/profissional de saúde; utente/ utente) enquanto a comunicação complementar baseia-se na diferença (relação profissional de saúde/ utente).

As permutas comunicacionais estabelecidas no ato médico são simétricas quando há minimização das diferenças e maximização das semelhanças, e também complementares, quando ocorre maximização das diferenças e minimização da semelhança. A este propósito, Gregory Bateson (1958) observou na tribo latmul, da Nova Guiné, o que denominou de cismogénese, isto é, as reações de um indivíduo ao comportamento do outro e os efeitos que essas reações têm no comportamento de cada um. É, assim, fundamental que os profissionais de saúde tenham noção que o comportamento que adotam gera determinado comportamento nos utentes e vice-versa.

José Teixeira (2000) defende que a comunicação de boa qualidade deve ter duas dimensões: a informativa e a persuasiva. A dimensão informativa realça a importância de se transmitir informação e de a manter acessível à compreensão de cada um, enquanto a dimensão persuasiva assenta num conjunto de competências comunicacionais tidas como fundamentais para a prática profissional (capacidade de escuta, assertividade).

Na comunicação pragmática, tudo o que se diz ou não se diz, tudo o que se faz ou não se faz tem intenção comunicativa (Watzlawich, 1973). Ronald Epstein & Richard Street (2007) realçam a necessidade de centrar a comunicação no utente com o intuito de garantir o seu bem-estar. Neste sentido, identificaram seis funções básicas da comunicação médica: (1) estabelecer uma relação de confiança; (2) trocar informações; (3) responder às emoções do utente; (4) reduzir a incerteza; (5) tomar decisões; (6) tornar o utente autónomo na gestão da doença.

Cabe ao profissional de saúde entender o utente e a sua perspetiva da doença (Roter & Hall, 2006) valorizando alguns aspetos comunicacionais no relacionamento mantido: tratar o utente pelo nome (Reynolds, 2005), não demonstrar falta de tempo e impaciência (Corney, 2000) e insensibilidade face à situação do utente (Reynolds, 2005). Profissionais de saúde que não manifestam estas atitudes contribuem para a insatisfação dos utentes (Reynolds, 2005). Em sentido inverso, mostrar empatia e interesse no utente e nas suas preocupações facilita o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e o utente (Reynolds, 2005, Schofield, 2004).

A comunicação centrada no utente vai além da interação assente na confiança, compreensão e comprometimento, mas visa também reforçar o bem-estar do utente (Epstein & Street, 2007) e a sua QdV.

A arte da comunicação em saúde está em criar uma relação onde a informação circule, seja entendida corretamente e vá ao encontro das necessidades do utente. A boa comunicação entre profissional de saúde e utente está na base das transações futuras (Macdonald, 2004) e, neste contexto, a comunicação verbal assume relevância.

### **2.3. Comunicações verbais**

Byrne & Long (1976) demonstraram que não existe um estilo de comunicação uniforme para todos os utentes, mas que este deve adequar-se a cada um e à sua capacidade de entendimento.

O profissional de saúde deve deter algumas habilidades comunicacionais como a técnica de interrogatório, de facilitação e a linguagem.

Em relação à técnica de interrogatório (National Health and Medical Research Council, 2004, Nunes, 2010), a forma como se questiona influencia a qualidade e a quantidade da informação obtida. Os médicos tendem a usar questões fechadas embora o ideal seja combinar questões abertas/fechadas. As questões abertas facilitam uma boa comunicação nos relacionamentos profissional de saúde e utente ao encorajarem o utente a contar a sua história de vida permitindo ao médico pensar e fazer um diagnóstico mais eficaz. Por outro lado, aumenta a participação do utente e diminui a assimetria e dominação médica.

António Estanqueiro (1992) refere-se à sabedoria das perguntas afirmando ser importante ter em atenção o que se pergunta e fazer as perguntas certas no momento oportuno.

Muito do que se passa na consulta médica, o relacionamento entre médico e utente, a imagem que o utente tem do médico, os tratamentos que realiza, a perceção que o utente tem do seu estado de saúde e da intervenção do médico, passa pela capacidade que os utentes têm de interpretar os sinais e de os comunicar. A capacidade de interpretar as questões do médico influencia a forma como cada um faz a sua construção social da doença e se posiciona face a esta (Nunes, 2010).

Os discursos dos utentes são assim uma interpretação dos discursos dos profissionais de saúde, nomeadamente do médico e do enfermeiro e incluem uma perceção única e individual, fruto do que o utente é e acredita. O utente age de modo a obter da outra parte determinada ação ou atitude. Quando vão ao médico e ao enfermeiro, os utentes tendem a transmitir apenas o que consideram mais importante e julgam ser necessário para o diagnóstico médico. Assim, o indivíduo transmite a informação que considera necessária manipulando-a quer verbalmente quer através de expressões. Com o decorrer da consulta a interação modifica-se, verificando-se um acréscimo de informação que o utente transmite ao médico (Goffman, 1989) e ao enfermeiro.

Partindo da ideia que as primeiras impressões são as mais importantes, é necessário ter em atenção o que se diz e como se diz, não esquecendo que tudo comunica no profissional de saúde e que os utentes estão atentos à forma como são tratados por estes, ao carinho que lhes é transmitido e à atenção que lhes é dada.

O médico, por seu lado, deve ter o cuidado de adaptar o seu discurso a cada um dos utentes, olhando-os como um todo numa perspetiva holística de modo a possibilitar a recuperação do equilíbrio do utente. Platão (citado por Gadamer, 1997: 48) sugere que o verdadeiro médico “deve ver para lá do que constitui o objeto imediato do seu saber e do seu poder”.

Para que a comunicação verbal flua é também necessário que o profissional de saúde detenha habilidades facilitadoras verbais e não-verbais do discurso dos utentes.

Diversos estudos mostram que os utentes dão pistas verbais e não-verbais aos profissionais de saúde (Corney, 2000, Lang *et al*, 2000, Levinson *et al*, 2000, Maguire & Pitceathly, 2002, National Health and Medical Research Council, 2004). Levinson *et al* (2000) concluíram, através dum estudo qualitativo em que participaram 116 indivíduos, 54 médicos e 62 médicos-cirurgiões, que os utentes, ao longo das consultas, dão pistas verbais e não-verbais aos médicos, mas estes só respondem a essas pistas em 38% dos casos nas cirurgias e em 21% na consulta.

A linguagem é outra das habilidades comunicacionais que os profissionais de saúde devem dominar. Deve ser concisa, de fácil entendimento e isenta de jargões médicos, que na maioria das vezes se revelam impercetíveis para os utentes (Nunes, 2010, Teixeira, 2000). Pio Abreu (1998) considera que é pressuposto que o médico saiba falar a língua do utente adequando a informação que lhe transmite e a comunicação que com ele estabelece ao seu entendimento e vontade de ser informado.

A este propósito, José Nunes (2010) refere-se à qualidade de concreção que assenta na ideia que médicos e utentes usam os mesmos signos com diferentes significados e significantes. A concreção é a capacidade do profissional de saúde se interrogar permanentemente sobre os termos que usa e se estes são compreendidos pelo utente. É o que denomina de “arte de clarificar conceitos abstratos e confusos” (2010: 51). Está assim presente a ideia de que o utente nem sempre entende aquilo que o médico diz, como o médico pensa e, além disso, nem sempre o que o utente diz é aquilo que quis dizer (Abreu, 1998, Nunes, 2010, Teixeira, 2000).

As técnicas facilitadoras da verbalização, ajudam o utente a contar a sua história, expondo preocupações, sentimentos e expetativas (Nunes, 2010). De entre estas técnicas salientam-se as perguntas abertas (National Health and Medical Research Council, 2004, Nunes, 2010, Robinson & Heritage, 2006) e o pedir exemplos (Nunes, 2010). Estudos efetuados por Jeffrey Robinson & John

Heritage (2006) demonstram que a satisfação dos utentes aumenta com médicos que associam questões abertas e fechadas, permitindo ao utente expor dúvidas.

Francesc Borrel Carrió (2004) enumera algumas técnicas para comunicar com o intuito de auxiliar o profissional de saúde a orientar e perceber o utente evitando situações conflituosas. Salienta-se a repetição de frases (Macdonald, 2004, National Health and Medical Research Council, 2004, Teixeira, 2000), as clarificações, a confrontação, as interpretações e o resumo (Macdonald, 2004, National Health and Medical Research Council, 2004). Elisabeth Macdonald (2004) refere a importância de o profissional de saúde não interromper o discurso do utente.

Além do que se diz, é também importante a forma como se diz, isto é, o tom de voz e a entoação usados complementam ou contrariam a informação (Nunes, 2010). As palavras não assumem assim o mesmo significado em todos os discursos, mas dependem da situação social, histórica e cultural do falante que as produz. Deste modo, não podemos falar num discurso singular, mas devemos entendê-lo como “resultando de processos discursivos sedimentados, institucionalizados” (Orlandi, 1996: 27).

Discurso é, assim, uma ação social que faz parte do funcionamento da sociedade, é o resultado da cultura em que estamos inseridos. Erving Goffman (1989) defende que as palavras são produzidas em situações sociais específicas e Basil Bernstein (1982) refere que os usos da linguagem estão relacionados com o contexto. Consoante a classe social a que pertencemos, podemos oferecer e receber significados universais ou particulares sendo que as funções da linguagem universal apontam para o que o autor denomina de código elaborado, enquanto as funções particularistas da linguagem apontam para um código restrito.

Nem sempre os médicos dominam os códigos restritos usados pelo utente (e vice-versa) uma vez que as explicações da saúde e da doença e a perceção dos sintomas, expectativas e comportamentos do utente face à doença são culturais (Kleinman *et al*, 1978). Tal situação conduz, inevitavelmente, a falhas no processo comunicativo.

Atendendo a que, numa conversa entre adultos, a palavra corresponde apenas a 7% da comunicação (Mehrabian, 2007), se o profissional de saúde não levar em consideração a comunicação não-verbal perde o verdadeiro sentido da comunicação.

#### **2.4. Linguagens do corpo**

Ray Birdwhistell (1970) insistiu na ideia de que o corpo fala. Transmite sentimentos, medos, atitudes. O corpo dialoga, enquanto “oráculo de comunicação não-verbal, desfaz-se em informação clandestina”, como refere Albertino Gonçalves (2013). Ao ser “impossível não comunicar”, como refere Paul

Watzlawick (1973), enquanto pertença de alguém, o corpo comunica e interage com outros corpos através de palavras, gestos, posturas, objetos e contextos. Enquanto instrumento de comunicação, o corpo é assim, para Pierre Bourdieu (1979), um produto sociocultural, portador e construtor de sinais onde se constroem identidades sociais, culturais, de género, entre outras. Enfim, o corpo enquanto produto cultural é simples manifestação sensível da pessoa.

Vitor Ferreira (2013) considera que a linguagem do corpo é cultural e multiplica-se em diversas línguas corporais. O corpo interpreta constantemente o ambiente em que se insere e age em consonância com as interpretações que faz. Deste modo, o corpo só pode ser entendido no contexto cultural em que se insere. O corpo, na perspetiva de Norberto Elias (1976), reflete o comportamento social dos indivíduos, a forma como as pessoas se vestem, a higiene corporal entre outros.

Na interação face a face, os utentes dão especial atenção à comunicação não-verbal dos profissionais de saúde. As expressões faciais, gestos e posturas corporais substituem ou reforçam a comunicação verbal, comunicam emoções, regulam a interação e funcionam como feedback (Berry, 2007). Profissionais de saúde e utentes analisam mutuamente o comportamento humano e suas interações, de forma consciente e inconsciente.

Os comportamentos evidenciados pelo médico, enfermeiro e utente podem ser analisados do ponto de vista social. Ray Birdwhistell (1970), antropólogo, dedicou-se ao estudo da linguagem corporal, a cinésia.

O estudo do corpo acontece num determinado contexto de uma sociedade que atribui um significado específico a uma expressão facial, ou a determinada atitude ou posição corporal. As manifestações corporais do utente e do profissional de saúde ocorrem no contexto da consulta médica e têm um significado próprio. R. Birdwhistell (1970) considera que não há símbolos universais na linguagem corporal e que estes são característicos de uma cultura e sociedades específicas e, como tal, assumem significados diferentes. Nem todos os autores estão de acordo com Ray Birdwhistell (1970), Paul Ekman (2004, 2011) defende a existência de gestos corporais universais.

Ray Birdwhistell (1970) defende que os comportamentos têm significados culturalmente reconhecidos e socialmente aceites e que as atividades corporais e fonéticas influenciam o comportamento e as ações dos membros de um grupo. Os utentes, de acordo com o contexto e a cultura, atribuem determinado significado aos movimentos e expressões corporais do médico e do enfermeiro.

Muita da comunicação ocorre sem o indivíduo dela ter consciência (Birdwhistell, 1970). Profissionais de saúde, médicos e enfermeiros devem observar a comunicação corporal dos utentes para a

conhecerem melhor e à sua perspectiva de saúde, elaborarem um correto diagnóstico e conseguirem uma maior implicação do utente no processo de cura e na adesão do utente ao tratamento.

O rosto é uma importante forma de comunicação não verbal que, muitas vezes transmite significados diferentes da comunicação verbal. Ray Birdwhistell (1970) afirma que apenas 35% da linguagem corporal se adequa à linguagem verbal.

Erving Goffman, aluno de Ray Birdwhistell, defende também a existência de regras culturais específicas de cada sociedade que regulam o comportamento social dos indivíduos. Considera que “não se pode descrever completamente um gesto sem fazer referência ao meio extracorporal onde ele ocorre” (1999: 150). O comportamento social pressupõe o estudo de comportamentos gestuais e não apenas o estudo da palavra socialmente organizada. Assim, “o habitat natural da palavra é um lugar onde nem sempre a palavra está presente” (1999: 152) o que quer dizer que, para haver comunicação não tem de haver necessariamente registo linguístico, o que demonstra a importância de o profissional de saúde descodificar as linguagens corporais do utente.

Na interação social, profissional de saúde e utente fazem uma gestão da informação de acordo com interesses pessoais e a identidade, assumem determinados papéis e fazem uma adequação da imagem virtual à imagem real (Goffman, 1999).

O espaço onde ocorre a interação profissional de saúde e utente é também um meio de comunicação (Hall, 1981, 1994). Os usos do espaço social e pessoal estão relacionados com a cultura do profissional de saúde e do utente. Ao estudo destes usos que o homem faz do espaço Edward T. Hall denominou proxémica.

Na obra *A Linguagem Silenciosa* (1994), o autor chama a atenção para as comunicações silenciosas que ocorrem num determinado tempo e espaço. Estas comunicações devem ser lidas pelos profissionais de saúde com a mesma facilidade com que interpretam as comunicações faladas atendendo a que “habitualmente o que as pessoas fazem é mais importante do que o que dizem” (1994: 20). Os verdadeiros sentimentos dos utentes são comunicados através da linguagem do comportamento daí a importância das interpretações comportamentais do outro (Hall, 1981, Goffman, 1989). Deste modo, apenas parte da mensagem é transmitida através da fala onde “grande parte do que não se diz é tomado como certo” (Hall, 1981: 96).

O espaço onde decorre a interação profissional de saúde e utente e o tempo que dura a interação são formas de comunicação culturalmente organizadas. Profissionais de saúde-utentes percebem o espaço da consulta médica de forma individual e cultural. Assim, o que é feito no espaço da consulta

médica e de enfermagem determina a forma como este é experienciado visual, cinésia, tátil, olfativa e auditivamente (Hall, 1981).

Edward Hall (1981) considera existirem três manifestações da cultura. A primeira é infracultural e tem a ver com o comportamento biológico do homem<sup>9</sup>, a segunda é pré-cultural, relacionada com a fisiologia e, como tal, com o funcionamento do corpo no presente, no meio em que está inserido, a terceira é microcultural e é onde ocorrem as observações proxémicas.

Sendo a proxémica uma manifestação da microcultura, o autor categorizou-a em três aspetos relacionados com o espaço: fixo, semifixo e informal.

O espaço físico compreende aspetos materiais, divisões particulares com funções específicas. Refere-se à territorialidade que torna os indivíduos pertença de um determinado espaço e é uma forma de organizar as atividades dos indivíduos e dos grupos. Sendo assim, cada indivíduo interioriza normas do espaço em que se insere que se repercutem no seu comportamento. Há, assim, uma relação entre os espaços de características fixas, centro de saúde, hospital, consultório médico/enfermagem e a personalidade do indivíduo que habita esse espaço.

Estes espaços médicos de características fixas, permitem organizar as atividades dos profissionais de saúde e são o resultado da personalidade e da cultura do profissional.

Para caracterizar o espaço semifixo, Edward T. Hall (1981) faz referência ao estudo encomendado pelo médico Humphry Osmond, que dirigia um centro de saúde, concluindo que existem espaços sociofugidios (espaços que mantêm as pessoas afastadas) e espaços sociopatas (espaços que tendem a unir as pessoas) e que, o que é sociofugidio numa cultura pode ser sociopato noutra e que o primeiro espaço não é necessariamente negativo e o segundo positivo. O importante é que haja flexibilidade e variedade de espaços adequados ao estado de espírito de cada um. Verificamos que, na maior parte dos edifícios de saúde, os espaços são sociófugos: as cadeiras estão alinhadas ao longo das paredes e as mesas encostadas à parede.

Edward T. Hall (1981) demonstra, através da experiência canadiana, a relação entre o espaço de características semifixas e o comportamento, sendo desejável um equilíbrio entre o espaço de características fixas e as disposições de mobiliário semifixo.

No que concerne ao espaço informal, o autor considera que este espaço se refere às distâncias pessoais estabelecidas entre os indivíduos. Os sentimentos, o momento, a personalidade e os fatores ambientais ditam o comportamento dos profissionais de saúde/utente e a distância utilizada. Esta distância pode ser íntima, pessoal, social e pública.

---

<sup>9</sup> Por exemplo, a genética

A distância íntima pressupõe um envolvimento com o outro corpo, ocorre quando o profissional de saúde necessita de tocar no corpo do utente. A distância pessoal indica proximidade (entre 50 e 80 cm) não sendo sinónimo de relação afetiva entre profissional de saúde e utente e é a adequada para tratar de assuntos de interesse e envolvimento pessoais. A distância social (1.20m a 2.10m) é mais impessoal e a distância pública realça a importância do corpo e do que este transmite: gestos e postura corporal. Segundo o autor, estas distâncias refletem a ocupação que o indivíduo faz do espaço e, como tal, as diversas realidades culturais.

As interações estabelecidas nem sempre são evidentes, por vezes são silenciosas e devem ser corretamente interpretadas atendendo ao tempo e espaço em que ocorrem.

“Praticamente tudo o que o homem é e faz vincula-se à experiência do espaço”, refere Edward T. Hall (1981: 161). Atendendo à especificidade da interação, o profissional de saúde e o utente mantêm a distância que melhor se adequa ao momento. É através da observação da posição que ambos ocupam que deduzimos a sua relação.

Há semelhança do que acontece com o espaço, o tempo também é um marcador antropológico e comunicacional em termos de agenda, de precisão da marcação e da espera. É nesta linha que Edward T. Hall (1994) fala em duas relações formais de agir no tempo, a monocromia e a policromia. O tempo que o profissional de saúde dedica ao utente transmite interesse ou desinteresse e, como constatamos anteriormente, reflete-se na relação terapêutica e na adesão ao tratamento médico.

A interpretação das linguagens corporais é fundamental na prática médica. “É evidente que não se pretende que o médico mantenha uma atenção sobre-humana para poder captar toda esta informação que desfila a uma velocidade vertiginosa. No entanto, na prática, o que se pretende é que se esteja atento a esta atividade” (Nunes, 2010: 39).

Descodificar corretamente as linguagens verbais e corporais do utente evita alguns mal-entendidos comunicacionais e aumenta a satisfação do utente e a adesão ao tratamento médico.

## **2.5. Comunicar com um utente idoso: dificuldades e divergências**

Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia (UE), com 20,7% de população com 65 ou mais anos. Com uma média superior à da União Europeia no seu conjunto (19,2%) Portugal é superado apenas pela Alemanha, Grécia e Itália (INE, 2018a).

Com um sucessivo envelhecimento ao longo das últimas décadas devido ao aumento de pessoas em idade avançada e à diminuição dos nascimentos, o saldo natural é cada vez mais negativo. Aliás, em

2017, Portugal teve pelo nono ano consecutivo saldo natural negativo. No entanto, nem tudo é mau pois a tendência é viver mais anos e morrer em idade mais avançada, o que é positivo (INE, 2018b).

Perante este cenário de envelhecimento, os profissionais de saúde terão cada vez mais utentes idosos a seu cargo. A comunicação é um processo particularmente relevante quando o utente é idoso (Halter, 1999) e complexo pois tende a complicar-se com a idade (Damiano *et al*, 1997, Robinson & Heritage, 2006). Por um lado, porque os idosos são um grupo heterogéneo com experiências de vida e culturais que influenciam a perceção da doença, a adesão terapêutica e a capacidade de comunicar eficazmente (Halter, 1999); por outro lado, devido ao processo normal de envelhecimento que acarreta perda sensorial, declínio da memória, processamento mais lento da informação e menor poder sobre as suas vidas (Greene *et al*, 1994). Não obstante, pouca atenção tem sido dada à comunicação profissional de saúde e utente idoso (Green *et al*, 1994, Jagt *et al*, 2016).

A comunicação eficaz é fundamental para a saúde do idoso e sua adaptação ao processo de envelhecimento (Williams *et al*, 2007). A eficácia da comunicação depende das características do utente idoso (estado de saúde, género, atitudes, crenças de saúde) (Haug & Ory, 1987) e das características do profissional de saúde (idade, sexo, forma de trabalhar, atitudes psicológicas) (Haug & Ory, 1987). Fedman-Stewart *et al* (2005) realçam a importância dos atributos do utente: as necessidades, as crenças (compreensão do mundo), os valores (qualidades positivas ou negativas), as emoções e as habilidades que lhes permitem alcançar objetivos específicos. Utentes com mais de 75 anos têm tendência a ter uma participação mais baixa na consulta médica (Kaplan *et al*, 1996) e a valorizar um relacionamento com o profissional de saúde centrado no carinho e no recebimento de informação, mais do que na participação ativa e tomada de decisão num sentido claro de valorização de uma abordagem individualista (Bastiaens *et al*, 2007). Assim, é importante ter em atenção as necessidades comunicacionais do idoso e estabelecer relações interpessoais (Williams, 2013).

Neste contexto, colocam-se algumas dificuldades à comunicação entre o profissional de saúde e o utente idoso decorrentes das mudanças que o envelhecimento acarreta. Desde logo, a literacia em saúde do idoso pode enviesar a relação comunicativa com o profissional de saúde. Estudos demonstram que os idosos são um grupo mais vulnerável e em risco de terem níveis mais baixos de literacia em saúde (Sudore *et al*, 2006, Wallace, 2004) o que acaba por limitar o acesso a informação essencial para a manutenção do estado de saúde (Kim & Yu, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013a) considera que a literacia em saúde capacita as pessoas de conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações de saúde que lhes permita fazer julgamentos, e tomarem decisões no dia a dia quanto à prevenção da doença e promoção da saúde com vista a preservar ou melhorar a qualidade de vida. A literacia em saúde pressupõe que o idoso detenha competências cognitivas como o pensamento crítico, a tomada de decisões e a resolução de problemas e, em simultâneo, competências sociais de comunicação que os capacite para usar essa informação de forma eficiente (Serrão *et al*, 2014). Uma inadequada literacia em saúde repercute-se no estado de saúde do idoso (Speros, 2005) ao limitar a compreensão da informação dada pelo profissional de saúde (Schillinger *et al*, 2004). Muitas vezes esta limitação em expressar-se verbalmente vem associada ao sentimento de vergonha (Melo, 2005, Parikh *et al*, 1996) e de ocultação dessa limitação verbal ao profissional de saúde (Ridd & Shaw, 2009, Melo, 2005).

Em Portugal, Carla Serrão *et al* (2014) coordenou um estudo em que se avaliou o grau de literacia em saúde de 433 idosos (com mais de 65 anos) no distrito do Porto<sup>10</sup> e se concluiu que 80% deles evidencia um nível de literacia em saúde baixo que se repercutirá na capacidade de usar e interpretar de forma eficaz, informação relacionada com a saúde. Verificou-se uma menor literacia em saúde nas mulheres, nas pessoas mais velhas, nas viúvas quando comparadas com as casadas, nas detentoras de um nível de escolaridade mais baixo e que apresentam algum tipo de doença física, e nas que autoapresentam uma menor perceção de qualidade de vida geral. No estudo realizado por Rita Espanha *et al* (2016), em que participaram 8 países europeus,<sup>11</sup> os valores médios de literacia em saúde de Portugal (33,0%) são ligeiramente mais baixos que os restantes países participantes no estudo (33,8%). As autoras do estudo consideram que 38,1% da população portuguesa apresenta um nível de literacia em saúde considerado “problemático” e que é superior ao valor médio da Europa (35,2%) e 11% da população mostra um nível de literacia inadequado, inferior ao valor médio da Europa (12,4%). Nesta investigação, os idosos (com 66 ou mais anos) aparecem como uma categoria social particularmente vulnerável em termos de literacia em saúde que, segundo os autores do estudo, devem ser considerados em termos das políticas públicas de saúde. Se compararmos estes dados com os da OCDE (Nutbeam, 2008) que demonstram que a literacia em saúde se encontra entre os 7% e os 47% podemos afirmar que a literacia em saúde em Portugal é inadequada. Estudos internacionais

---

<sup>10</sup> O estudo realizado em Centros de Dia, Centros de Convívio, Universidades Sêniores, Grupos culturais, entre outros foi feito em oito distritos e 31 concelhos da região norte do país.

<sup>11</sup> Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia. Portugal juntou-se posteriormente a este grupo, em 2015, com uma amostra representativa da população portuguesa visando aprofundar a investigação em Literacia em Saúde.

realizados por Mark Kutner, Elizabeth Greenberg, Ying Jin, Christine Paulsen & Sheida White (2006) nos Estados Unidos da América, por Christian von Wagner, Andrew Stetoe & Jane Wardle (2007), em Inglaterra, e por Chun-Yu Liang, Kwua-Yun Wang, Shinn-Jang Hwang, Kuan-Chia Lin & Hsueh-Hsinh Pan (2013) em Taiwan, concluíram que há uma prevalência elevada de alfabetização inadequada nos homens com mais de 60 anos e baixa escolaridade. Verificamos que não há concordância nos resultados obtidos nas investigações realizadas em Portugal e noutros países em relação à literacia em saúde dos idosos. A literacia em saúde é, assim, um fenómeno heterogéneo (Martensson & Hensing, 2012).

Uma literacia em saúde diminuta afeta negativamente a saúde dos idosos (Serrão *et al*, 2014, Wallace, 2004) ao limitar a capacidade de obter e aplicar a informação e conseqüentemente na menor interação com o profissional de saúde (Katz *et al*, 2007, An & Muturi, 2011, Toci *et al*, 2013). Além disso, a baixa literacia em saúde parece estar associada a taxas mais elevadas de hospitalização, a mais tempo de internamento e de utilização dos serviços de saúde o que acarreta custos e dificuldades em cumprir as orientações do profissional de saúde (Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012). Por outro lado, os idosos sentem mais dificuldades em participar nas consultas e colocam menos questões (McCaffery, Smith & Wolf, 2010, Zamora & Clingerman, 2011).

Ultrapassar esta iliteracia em saúde passa por uma relação médico profissional de saúde eficaz, em que a confiança do idoso no profissional de saúde aumente e, conseqüentemente, o idoso tenha mais à vontade para tirar dúvidas e falar com o profissional de saúde (Amaljaj *et al*, 2009, Liang *et al*, 2013), isto é, por um acompanhamento de proximidade, respeitando as características e necessidades de cada um de modo a promover a sua literacia em saúde e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (WHO, 2013a). Requer desenvolver materiais de educação em saúde, com uma linguagem adequada ao idoso (Wallace, 2004) e iniciativas diversas dirigidas nomeadamente aos idosos, criar um sistema de monitorização e acompanhamento da literacia, diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e sociais para que todos o compreendam e a ele tenham acesso, diversificar estratégias e modos de comunicação e de informação (Espanha *et al*, 2016).

Adequar a linguagem utilizada ao nível de literacia em saúde do utente é outra das dificuldades que o profissional de saúde tem de encarar e nem sempre consegue superar (Martensson & Hensing, 2012), atendendo a que a literacia em saúde é importante para a qualidade de vida de todos (Espanha *et al*, 2016).

Outra das dificuldades que se coloca durante o processo comunicativo com o utente idoso é a compreensão do que é dito, nomeadamente as palavras e as expressões usadas por ambos (Antunes, 2014, Ley, 1988, Davis & Fallowfield, 1991, Melo, 2005). O declínio sensorial e de memória do idoso aliado a problemas e queixas do seu estado de saúde exigem que o profissional de saúde disponha de tempo para conversar e deslindar o que se passa com o utente idoso, que valoriza a comunicação verbal direta e interativa. Se o idoso não compreender a informação que lhe é transmitida pelo profissional de saúde pode ficar ainda mais confuso e pouco esclarecido (Vieder *et al*, 2002).

A linguagem utilizada pelo profissional de saúde, nomeadamente o médico, evidencia, na opinião de Georges Balandier (1982), as diferenças sociais existentes uma vez que o significado do discurso não é acessível a todos. A retórica e o silêncio usados no discurso médico são formas de exercício de poder. Também Michel Foucault (1997) considera que o discurso é uma forma de poder. O autor refere que “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer certas exigências, ou se não for, de início, qualificado para o fazer. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas, enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e colocadas, sem restrição prévia, à disposição de cada sujeito que fala” (1997: 29). O discurso diz, mas também é interdito pois nem tudo é dito e falado em qualquer circunstância e, não é qualquer um que pode falar da doença.

Maguida Stefanelli (2005) defende a ideia de que enfermeiro e utente devem ter um *linguajar* que seja corretamente apreendido e compreendido por ambos. José Teixeira (2000: 618) defende que “a personalização da informação em saúde permite economizar tempo, aumentar a satisfação dos utentes e facilitar a sua intenção de virem a adotar os comportamentos esperados”.

Outra das dificuldades com que o profissional de saúde se depara é referente aos diferentes significados atribuídos às palavras e diferentes perceções de acordo com as interpretações de cada utente idoso que dificultam a descodificação correta da mensagem e a atribuição de significado. Estes paradoxos comunicacionais, assim denominados por Paul Watzlawich existentes na interação humana são contradições resultantes “de uma dedução correta a partir de premissas coerentes” (1973: 169). Estas formas de desvio ocorrem quando existe um conflito entre o conteúdo e a relação da mensagem, isto é, entre a forma como a mensagem é transmitida e o modo como esta é entendida.

As verbalizações inadequadas (Henselmans, Heijmans, Rademakers & Van Dulmen, 2014), a incapacidade de se lembrar de perguntar e/ou de não querer incomodar o profissional de saúde, limitam a participação do idoso no ato médico e são dificuldades com que o profissional de saúde se defronta. Os utentes sentem que devem cooperar com o profissional de saúde, mas não incomodar, e

nem sempre conseguem expor preocupações e abordar determinadas questões (Feldman-Stewart *et al*, 2005). Por vezes, o utente idoso não tem a certeza de quais são as questões mais importantes (Rost & Frankel, 1993).

Contornar as falhas no processo comunicativo é fundamental uma vez que estas interferem com a adesão ao tratamento dos utentes (Berry, 2007, Davis & Fallowfield, 1991, Kurtz, Silverman & Draper, 2005, Lange *et al*, 2006, Macdonald, 2004, Roter & Hall, 2006, Teixeira, 2000), criam desconfiança face às recomendações médicas (Ellen *et al*, 2001), geram dificuldades na gestão dos sintomas (Macdonald, 2004, Thorne, Bultz & Baile, 2005) e com a satisfação (Ley, 1988, Melo, 2005, Teixeira, 2000), e uma diminuição da QdV (Ellen *et al*, 2001, Roter & Hall, 2006, Thorne, Bultz & Baile, 2005). Além disso, as falhas comunicacionais podem resultar da incongruência entre a prática médica e a expectativa do utente (Ellen *et al*, 2001).

Por vezes, as diferenças culturais e geracionais, com valores e expectativas dos idosos distintas das do profissional de saúde (Smith & Buckwalter, 1993), são uma dificuldade para os profissionais de saúde ao limitarem a participação e comunicação do/e com o idoso.

As crenças dos idosos são outro desafio para o profissional de saúde. É importante que o profissional de saúde entenda as crenças do idoso para uma adequada compreensão das ações e atitudes que este demonstre (Williams, 2013).

Além disso, o idoso lida com diversos profissionais de saúde, médico de família, médico especialista, enfermeiro de família, que lhe transmitem diversas informações. Nem sempre o idoso consegue assimilar toda esta informação e transmiti-la aos diversos profissionais de saúde com quem contacta. Lidar com a informação fragmentada que lhe é transmitida pelo idoso de acordo com a sua compreensão e crenças, é outro dos desafios do profissional de saúde (Williams, 2013).

A idade, o estatuto sociocultural e as vivências do idoso divergem das do profissional de saúde. O desafio está nas diferentes visões do ato médico e do que se deseja alcançar com ele. A este conjunto de expectativas, interesses e objetivos denomina-se agenda. Na maior parte das vezes o profissional de saúde e o utente têm agendas diferentes: o profissional de saúde preocupa-se com as necessidades do doente para definir o ato médico que vai prestar e o utente tem a sua perceção de doença de acordo com a história pessoal e o contexto cultural e socioeconómico, detendo perceções e preferências face ao serviço a prestar distinto do profissional de saúde (Silva, 2008b, Nunes, 2010). A doença do doente (*illness*) e a doença do médico (*disease*) descrevem o que o doente sente quando vai ao médico

(*illness*) e o que lhe é diagnosticado após a consulta (*disease*). Estas divergências de agenda dificultam a relação nomeadamente a confiança e criam conflitos de interesse (Silva, 2008b). Peter Tate (2004) refere que apenas quatro em trinta e cinco doentes mencionam a sua agenda durante a consulta médica.

Num passado não muito longínquo, o poder do profissional de saúde, principalmente o médico, era inquestionável. Tidos como detentores de conhecimento (Melo, 2005) era impensável, na maior parte das vezes, discutir ou questionar o profissional de saúde sobre tratamentos médicos, medicação ou situação clínica. Os atuais idosos, mais familiarizados com esta visão do profissional de saúde e da medicina, podem-se sentir mais desconfortáveis e relutantes em assumir um papel mais ativo com a sua saúde acreditando ser desrespeitoso ou incorreto questionar o profissional de saúde. Esta é outra das dificuldades do profissional de saúde: evitar interações médicas passivas (Vieder *et al*, 2002) e envolver o idoso na relação comunicativa. Os utentes idosos preferem médicos que os apoiem, que se riam, que os questionam, lhes forneçam informação (Green *et al*, 1994), que sejam pacientes e falem com clareza (Vieder *et al*, 2002). As necessidades relacionais de cada utente idoso são diferentes daí que a abordagem feita pelo profissional de saúde deva ser individualizada e respeitar a vontade e a necessidade de cada um.

Muitos dos problemas comunicacionais existentes entre o profissional de saúde e o utente idoso são uma consequência da incoerência entre a prática médica e as expectativas do utente (Ellen *et al*, 2001).

Contrariar preconceitos e mitos enraizados na sociedade é uma das dificuldades com que o profissional de saúde se pode debater. Mitos e estereótipos alusivos à velhice podem influenciar a imagem que o profissional de saúde tem do idoso e a forma como se relaciona com este (Martins & Rodrigues, 2004, Espanha *et al*, 2016).

Neste seguimento, evitar atitudes negativas para com o idoso é fundamental. O preconceito da idade pode, involuntariamente, contribuir para uma comunicação ineficaz com o idoso (Ory *et al*, 2003). Por vezes, o profissional de saúde demonstra ter opiniões estereotipadas modificando a forma como comunica com o utente idoso. Mais do que um utente velho, o idoso deve ser visto como um ser individual, com uma experiência de vida única independentemente da sua origem étnica e cultural. É importante investir em estratégias de combate a estes preconceitos dirigidas a todos os grupos da sociedade através de campanhas educacionais e publicitárias (Ory *et al*, 2003).

O utente idoso tem direitos, mas também tem deveres, como ser responsável pela sua saúde (Henselmans *et al*, 2014) nomeadamente aderindo aos tratamentos médicos e medicamentosos. A não adesão deve-se a dificuldades de compreensão das instruções do profissional de saúde, à dificuldade de memorização e a características pessoais e culturais do doente (Silva, 2008b) e à não concordância com o profissional de saúde quanto ao diagnóstico e tratamento proposto, isto é, à divergência de agendas. Ter em atenção a agenda do idoso é outra dificuldade na comunicação com o idoso.

Conversas delicadas sobre prognósticos, cuidados paliativos e outros assuntos são outras das dificuldades com que os profissionais de saúde se deparam no relacionamento com os utentes idosos. Nem todos os idosos querem ser informados sobre o seu estado clínico (Humphreys, 2002, Ellen *et al*, 2001), no entanto, grande parte dos idosos consideram essa informação importante uma vez que lhes permite tomar decisões médicas e pessoais importantes. Face ao exposto, o profissional de saúde deve questionar o utente antes de partilhar a informação (Amalraj *et al*, 2009, Ahalt *et al*, 2012). Saber o seu estado clínico permite ao utente idoso organizar as finanças, nomeadamente redigir um testamento ou escolher passar mais tempo com a família (Smith *et al*, 2011).

Outra dificuldade com que o profissional de saúde se depara é a propensão ao fatalismo e a desconfiança quanto ao impacto da medicina e dos respetivos profissionais de saúde sobre o seu estado de saúde (Bell *et al*, 2013).

Phern-Chern Tor (2001) considera que tratar utentes idosos é um desafio e, como tal, o profissional de saúde deve, em primeiro lugar, reconhecer e compreender o desafio que enfrenta agindo com ética individual e profissional e, em segundo lugar, olhar para si e preparar-se para cuidar das pessoas mais velhas.

Muitas das dificuldades comunicativas existentes advêm de algumas posturas que os profissionais de saúde adotam quanto à dimensão afetiva da comunicação com o utente idoso. Há um certo distanciamento afetivo (Corney, 2000, Teixeira, 2000) baseado na ideia de que questionar o utente sobre a sua vida pessoal, familiar e social é inoportuno e inadequado. Erving Goffman (1961) refere que outra das dificuldades do profissional de saúde é lidar com situações em que os utentes muitas vezes acham que podem obter conselhos em problemas não-médicos. O desentendimento surge quando os médicos não estão dispostos a assumir este papel por motivos pessoais ou por considerarem que a sua função se limita ao âmbito da doença.

Neste contexto, os profissionais de saúde utilizam estratégias de distanciamento, as quais Peter Maguire & Carolyn Pitceathly (2002) chamam de “comportamentos de bloqueio”, considerando que estes comportamentos são, por exemplo, a atenção excessiva dada a aspetos técnicos, as mudanças de assunto, a utilização de expressões como “não se preocupe”, entre outros. Estes “comportamentos de bloqueio” são a forma de os profissionais de saúde se protegerem das reações emocionais excessivas por parte dos utentes idosos e das suas próprias reações. No fundo, os profissionais de saúde evitam estas situações por não saberem lidar com elas e por acreditarem que aumentam o tempo da consulta.

Peter Maguire & Carolyn Pitceathly (2002) demonstraram que estas estratégias de distanciamento são ineficazes para os utentes e seus familiares, cabendo ao médico a gestão das emoções do utente ao longo da consulta e a criação de estratégias de cura e de explicações sobre a doença. Sugerem que, a melhor forma de evitar estes comportamentos, é os profissionais de saúde adquirirem habilidades necessárias à boa comunicação. Propõem algumas estratégias, estabelecer contacto visual, escutar ativamente o utente, resumir informações, dar informações, discutir opções de tratamento e ser solidários. Estas estratégias comunicativas devem ser apreendidas através da formação de modo a abandonar comportamentos de bloqueio.

John Skelton (1999) refere-se à importância de educar o profissional de saúde sensibilizando-o para as questões comunicacionais entendidas numa perspetiva biopsicossocial.

A comunicação é o coração da medicina (Haes & Bensing, 2009), é o principal ingrediente da prática médica (Ong *et al*, 1995) e de enfermagem pelo que, melhorar a comunicação profissional de saúde e utente é um desafio que se coloca a ambos os intervenientes.

## **2.6. Desafios da comunicação em saúde**

A comunicação em saúde é um elemento importante no relacionamento do profissional de saúde com o utente idoso. O utente idoso é o especialista nos seus sintomas e, como tal, deve expô-los ao profissional de saúde que, por sua vez, adota um estilo de comunicação que se adequa ao doente (Bensing *et al*, 2000). Os idosos são um grupo particular que se tornou um grande consumidor de consultas médicas e de enfermagem (Hespanha, 1994) e, devido ao processo de senescência e às experiências de vida e culturais são um grupo heterogéneo cuja comunicação é desafiante para o profissional de saúde.

Muitos são os desafios que se colocam na relação comunicativa profissional de saúde e utente idoso. De entre esses desafios salientamos a necessidade de dotar o profissional de saúde de competências

comunicacionais e a importância de instruir o utente idoso no sentido de este tomar conta da sua saúde, isto é, melhorar o seu *empowerment*.

São vários os autores que realçam a importância das competências comunicacionais dos profissionais de saúde na criação de relacionamentos eficazes com os utentes (Shukla, Yadav & Kastury, 2010, Haes *et al.*, 2001, Wong & Lee, 2006) e na satisfação das múltiplas necessidades destes: a necessidade do utente conhecer a doença e de compreender a cura e a necessidade de se sentir compreendido (por parte do profissional de saúde) quanto aos cuidados que lhe são prestados (Ong *et al.*, 1995).

A investigação levada a cabo por Fredrick Ashbury, Donald Iverson & Boris Kralj (2001) conclui que os médicos de família reconhecem a importância de aperfeiçoar as suas competências comunicacionais para melhorarem a relação com o utente. Menos de 20% dos médicos, dos 140 inquiridos, considera ter habilidades comunicacionais excelentes e 83,8% considera as habilidades comunicacionais tão importantes quanto as habilidades técnicas. 50% dos médicos entrevistados julga não ter tido formação académica suficiente na área das competências comunicacionais.

Estudos efetuados no Botsuana por Kefalotse Dithole *et al.* (2017) realçam a importância do ensino das competências comunicacionais a enfermeiros que lidam com doentes ventilados e sugerem que estes *workshops* sobre comunicação sejam extensivos a todos os enfermeiros da unidade hospitalar. Estudos efetuados por Mehmet *et al.* (2011) concluem que o ensino das competências comunicacionais a enfermeiros melhora a comunicação e a empatia, aumenta a satisfação do utente e diminui as queixas. A crescente valorização duma relação centrada no utente aliada ao consumismo dos serviços médicos realça as capacidades comunicacionais dos profissionais de saúde. Além disso, profissionais de saúde detentores de habilidades comunicacionais comunicam de forma mais eficaz com os utentes e identificam os seus problemas com mais exatidão (Maguire & Pitceathly, 2002).

A comunicação eficaz (Paul & Fonseca, 2001) ou comunicação mútua (Rogers, 1980) é condição necessária para um eficiente relacionamento interpessoal profissional de saúde e utente. A comunicação mútua de Carl Rogers evita a tendência natural de avaliar o que o utente faz e sente dando lugar à compreensão do ponto de vista do outro. Além da compreensão, na relação terapêutica deve também existir empatia e preocupação em ouvir o utente, compreender o que este sente de acordo com o seu quadro de referências. Quando existe comunicação mútua, a aceitação do utente idoso dos seus sentimentos e problemas é eficaz. A comunicação conduz a uma situação de compreensão mútua.

Estas são as principais razões para um crescente interesse no ensino e avaliação das competências comunicacionais dos profissionais de saúde (Ong *et al*, 2000). Estas competências comunicacionais do médico e do enfermeiro abarcam a capacidade de reunir informação para obter um diagnóstico e aconselhar ao utente na terapêutica a seguir. Estas habilidades comunicacionais visam estabelecer uma relação comunicativa eficaz com o utente (Há & Longnecker, 2010) uma vez que a comunicação é a via para a medicina centrada no utente (Bensing *et al*, 2000).

Samuel Wong & Albert Lee (2006) consideram que a melhoria destas competências passa pelas universidades. Jean-Jacques Guilbert (1996) considera que as universidades dão pouca importância à aquisição de competências comunicacionais interpessoais. Durante décadas, estas competências foram excluídas da formação dos profissionais de saúde por não serem consideradas importantes e por serem associadas à experiência profissional (Kurtz, Silverman & Draper, 2005).

Perante os estudos de Debra Roter & Judith Hall (2006), Theo Schofield (2004) e de Suzanne Kurtz *et al* (2005) que demonstram que as competências comunicacionais não melhoram com a experiência profissional adquirida, e de Theo Schofield (2004) que, além disso, considera existirem diversos estilos comunicacionais, as escolas médicas reconhecem a importância destas competências e inserem-nas no *curriculum* dos profissionais de saúde (Grilo, 2005, Haes & Bensing, 2009, Roter & Hall, 2006). A comunicação abarca competências básicas (Kurtz, Silverman & Draper, 2005, Schofield, 2004) que podem ser treinadas e aprendidas (Bensing *et al.*, 2000, Reynolds, 2005, Roter & Hall, 2006, Ruiz Moral, 2003, Schofield, 2004, Stewart, 1995).

O consenso de Toronto e o consenso de Kalamazo foram fundamentais na introdução e uniformização do ensino e da avaliação das competências comunicacionais nas escolas de medicina. O primeiro, realizado em 1991, refere-se à importância da comunicação, às dificuldades comunicacionais decorrentes da prática clínica e aos métodos de ensino recomendados tendo por base a ideia de que a comunicação clínica pode ser ensinada e avaliada. O segundo ocorreu em 1999, na cidade de Kalamazo (Michigan, Estados Unidos da América), e delinearam-se os elementos essenciais da comunicação médico-utente para a criação de uma relação terapêutica eficaz.

Em Portugal, todas as Faculdades de Medicina integraram nos seus currículos outras unidades curriculares direcionadas para as competências comunicacionais, além das competências específicas. Estas novas unidades curriculares permitem que o estudante desenvolva competências genéricas de natureza instrumental (capacidade de comunicar adequadamente por via oral e escrita), interpessoal (capacidade de adaptação a novos contextos, a análise autocrítica e o trabalho em grupo) e sistémica (capacidade de aprendizagem ao longo da vida, a autonomia, a compreensão e aplicação dos

conhecimentos adquiridos na resolução de situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, a iniciativa e criatividade, a liderança, a motivação e o autoaperfeiçoamento) (Ferreira & Freitas, 2009).

Esta sensibilização para as competências comunicacionais é mais evidente nos currículos de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros (2004) considera a comunicação e as relações interpessoais um dos pilares da enfermagem a par da promoção da saúde, da recolha de dados, do planeamento, da execução e da avaliação. No entanto, Paulo Queirós (2007) alerta para o facto destas competências comunicacionais serem evasivas e generalistas nas escolas de enfermagem.

O ensino das competências comunicacionais altera o desempenho profissional do estudante (Carvalho *et al*, 1997) e reflete-se nos utentes que, de acordo com o estudo efetuado por Ruth Chen (2011), se sentem constrangidos quando tratados por estudantes inexperientes na comunicação. Neste sentido, urge dotar o estudante desta competência comunicacional centrada no utente, de modo a garantir cuidados e relações de qualidade.

Dotar os utentes de *empowerment* é outro dos desafios que se colocam à comunicação em saúde e que exige uma mudança de atitude dos profissionais de saúde nomeadamente quanto ao reconhecimento das capacidades dos idosos.

A OMS (WHO, 1998) considera que o *empowerment* é um processo contínuo, através do qual os indivíduos adquirem confiança, autoestima, compreensão e poder no sentido de obterem maior controlo sobre decisões e ações que afetam a sua saúde. Na opinião de John Friedmann (1996), é o poder que o indivíduo detém e que lhe permite decidir sobre a sua saúde.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2001) faz referência a três estratégias de *empowerment*. (1) informação ao cidadão acessível, fidedigna e pertinente por parte das instituições de saúde, (2) consulta médica na qual o cidadão é convidado a intervir através das suas opiniões, (3) participação ativa assente numa parceria dos cidadãos com o governo.

O Plano de Saúde - Revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015) realça a importância de uma cultura de cidadania assente na literacia e capacitação dos cidadãos, de modo que estes se tornem mais autónomos e responsáveis face à sua saúde. Para exercer este *empowerment* é necessário que o utente detenha informação. Um utente capacitado tem mais saúde por um período mais longo.

A escolha pressupõe informação. Mas não basta o cidadão querer ser informado, é necessário que se criem políticas de saúde que contemplem espaços de diálogo com os serviços de saúde. Cada vez mais surgem movimentos e associações que visam dar voz ao cidadão. Por outro lado, há que realçar

que nem todos detêm capacidades de assimilar e compreender aquilo que é dito e, nestes casos, é fundamental sensibilizar e ensinar a extrair informação e a usá-la corretamente.

Numa sociedade cada vez mais tecnológica, o cidadão acede facilmente a informação sobre o seu estado de saúde e terapêuticas o que coloca a questão da veracidade das informações e a qualidade da informação (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009). Além disso, a associação sintoma/patologia não é evidente, o que pode conduzir a falsos diagnósticos e a terapêuticas inadequadas, por vezes mais prejudiciais do que benéficas. Por outro lado, pode não haver aceitação do diagnóstico médico quando este é diferente da ideia inicialmente formulada. Daqui pode ocorrer insatisfação para com o médico de família e adoção de comportamentos inadequados ao tratamento que poderão comprometer a adesão terapêutica (Teixeira, 2004).

O ideal era que todos os idosos tivessem acesso à informação em saúde e fossem detentores de capacidades para gerir essa informação e tomar as decisões indicadas. Todavia, não basta sensibilizar os idosos para estas questões se não houver receptividade da parte dos profissionais de saúde (médico e enfermeiro). O que se pretende é que idosos e profissionais de saúde alterem gradualmente os seus papéis de modo que o idoso se torne mais interventivo e participativo nas questões da saúde e da doença e o profissional de saúde mais comunicativo e esclarecedor.

De forma a evitar desajustes comunicacionais, é necessário que o profissional de saúde partilhe informação com o utente de acordo com o entendimento deste e com o nível de literacia em saúde que detém. Don Nutbeam (2000) afirma que o conceito de literacia em saúde é novo e assenta na educação e na capacitação do indivíduo de forma a alcançar mudanças sociais em saúde.

A comunicação é fundamental na atividade profissional do médico e do enfermeiro e a habilidade comunicacional é essencial no processo interativo. Para que esta abordagem se traduza, desde logo, numa melhoria do estado de saúde do utente, e num aumento da eficácia dos cuidados de saúde (Bensing *et al*, 2000, McWhinney, 2010) é necessário capacitar os idosos para assumirem a gestão da sua saúde/doença e garantir que os profissionais de saúde sejam detentores de habilidades comunicacionais para entenderem as crenças dos utentes sobre a saúde, a doença e a medicina.

## **Capítulo III – Atitudes e práticas face à saúde e à doença**

O interesse pelas percepções, atitudes, práticas e crenças dos utentes acerca dos profissionais de saúde e da medicina é recente. As percepções e crenças manifestadas pelos utentes idosos face ao profissional de saúde, médico e enfermeiro, influenciam os cuidados de saúde e seus resultados.

São vários os estudos e as investigações sobre esta temática destacando-se as crenças sobre a relação médico-enfermeiro e utente (Jahn *et al*, 2005), atitudes sobre médicos, enfermeiros e medicina (Pereira & Silva, 2002, Sans-Corrales *et al*, 2006), expectativas dos utentes face às consultas médicas (Rashid *et al*, 1989), adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004, Cabral & Silva, 2010, Haynes *et al*, 2008, WHO, 2003a).

### **3.1. Atitude face aos profissionais de saúde**

Foi, anteriormente, referido que uma comunicação eficaz entre médico e utente é fundamental na construção de uma relação de parceria centrada no utente. Jennifer Fong Ha & Nancy Longnecker (2010) consideram que uma comunicação eficaz “é o coração e a arte da medicina”.

São reconhecidas as vantagens de um relacionamento centrado no doente (Davis & Fallowfield, 1991, Hartog, 2009, Melo, 2005, Roter & Larson, 2001, Teixeira, 2000). De entre essas vantagens, sobressai a comunicação estabelecida enquanto processo de influência mútua em que as ações de comunicação de cada um dos intervenientes afetam as respostas verbais e não-verbais do outro (Street *et al*, 2003).

A personalidade e experiência de vida de cada uma influenciam o tipo de relação estabelecida com o profissional de saúde (Street *et al*, 2003). Há utentes que preferem uma relação mais tradicional médico-utente, em que o médico detém o poder e o utente é submisso limitando-se a cumprir as ordens médicas.

É inquestionável o valor deste modelo biomédico para a medicina, mas são também evidentes as consequências negativas deste modelo para a prática médica ao desvalorizar a relação médico-utente.

Os tradicionais papéis do profissional de saúde e do utente têm vindo a alterar-se. O utente passivo, submisso e cumpridor vai dando lugar ao utente mais ativo, interventivo, que participa no processo de decisão sobre a sua saúde expressando preocupações, opiniões e questionando o profissional de saúde. Estudos realizados por Richard Street *et al* (2003) com vinte médicos de família e de medicina interna e 135 utentes demonstram que as mulheres mais escolarizadas tendem a ser mais ativas no relacionamento com o médico. Por outro lado, concluiu que 14% da participação ativa do utente ocorre quando os médicos reforçam a relação de parceria que estabelecem com o utente.

Médicos, enfermeiros e utentes têm posições diferentes quanto ao tipo de envolvimento a manter. Cada um tem estilos comunicacionais diferentes devendo o profissional de saúde criar parcerias com o utente de forma a envolvê-lo no processo comunicacional aumentando a sua participação e adesão ao tratamento. De acordo com a investigação citada, não há relação entre a participação ativa do utente e a etnicidade ou sexo do médico embora se tenha verificado que os utentes do sexo feminino são mais ativos. Destas investigações, Richard Street *et al* (2003) concluíram que o estabelecimento da relação de parceria entre médico e utente é um processo de influência mútua que aumenta a participação do utente.

O profissional de saúde deve ter presente que as capacidades comunicativas diferem de utente para utente, assim como as crenças de cada um sobre o relacionamento com o profissional de saúde. Assim, o profissional de saúde deve incentivar o utente a comunicar para que a comunicação e tomada de decisão sejam partilhadas. No entanto, além do profissional de saúde, o doente também faz parte do processo comunicativo e, como tal, deve ter um papel ativo e interventivo. A mudança de atitude face à comunicação estabelecida deve partir de ambos os intervenientes no processo comunicativo sendo que a comunicação de cada doente depende também de aspetos como: a literacia em saúde, a cultura, a idade, a religião, a ideologia política, as experiências de doente bem como a relação com o profissional de saúde.

Neste contexto, a comunicação estabelecida parece ser mais eficaz na medida em que torna o utente mais satisfeito (Roter *et al*, 1997, Street, 2003, 1995), menos queixoso (Stewart, 1995) e aumenta a sua adesão ao tratamento (Haes & Bensing, 2009, Street, 2003).

A eficácia do processo comunicativo reflete-se na melhoria da saúde do utente que, ao entender o seu estado de saúde e opções de tratamento, toma a decisão que considera ser a mais adequada. Além disso, a comunicação estabelecida conduz o utente a adotar estilos de vida mais saudáveis e resulta na melhoria da saúde e da sua QdV (Haes & Bensing, 2009).

A opção pela relação paternalista ou mais centrada no utente vai influenciar o processo comunicativo estabelecido e a adoção de comportamentos de saúde adequados (Haes & Bensing, 2009).

A perceção que os cidadãos de dez países europeus (Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Holanda, Islândia, Noruega, Suécia, Suíça e Reino Unido) têm sobre o médico e os cuidados de saúde prestados é boa ou excelente para mais de 80% dos inquiridos. Os 1791 indivíduos destes países europeus que participaram no estudo, consideraram como aspetos mais positivos no relacionamento com o médico a confidencialidade, a capacidade de ouvir e o tempo disponibilizado na consulta médica. Os aspetos negativos apontados a este profissional são o tempo que permanecem na sala de

espera até entrarem no consultório que consideram demasiado e o facto de estes profissionais não disponibilizarem tempo para conversarem com os utentes telefonicamente (Grol *et al*, 2000).

Estudos realizados por Hans Jung, Michael Wensing, Frede Oleosen & Richard Grol (2002) na Holanda, apresentam resultados semelhantes. Os 1772 utentes, maioritariamente do sexo feminino, que participaram no estudo têm uma perceção muito positiva do médico. 88,9% dos inquiridos realça a confidencialidade deste profissional; 78,1% a capacidade de ouvir o utente e 74,0% o tempo disponibilizado para o utente na consulta médica.

Estudos de Fernando Infante *et al.* (2004) realizados na Austrália com 76 utentes com doenças crónicas, demonstram que os utentes consideram que as habilidades interpessoais dos médicos (ser ouvinte, dar conselhos, confiar e respeitar o utente) são tão importantes como as habilidades clínicas (bom diagnosticador, estar atualizado, abordar de forma holista o utente, orientar e educar, encaminhar para especialidades médicas). Nas habilidades interpessoais, realçam as capacidades comunicativas dos médicos e enfermeiros, valorizando o papel dos enfermeiros de informar os utentes. O tempo disponibilizado pelos profissionais para o utente é outro aspeto realçado como importante na caracterização do perfil destes profissionais de saúde, sendo a indisponibilidade de tempo para escutar o utente um dos aspetos negativos apontados.

As conclusões deste estudo aproximam-se dos estudos anteriormente referidos e de outros, permitindo-nos concluir que o primeiro aspeto que os utentes valorizam no profissional de saúde são as capacidades comunicativas.

Outro aspeto valorizado pelos utentes é a abordagem holística (Bultzingslowen *et al.*, 2006, Infante *et al*, 2004, Krupat *et al*, 2001) na medida em que o utente espera mais do médico do que a simples aplicação da ciência médica, pretende “*una atención sanitaria personalizada dispensada por un médico que la conozca bien y que se ocupe de sus problemas particulares*” (Boland, 1995: 252).

As relações amistosas mantidas com os profissionais de saúde também são muito valorizadas pelos utentes (Baker *et al*, 2003). Tresolini e os membros do Pew-Fetzer Task Force (1994) realçam a centralidade do relacionamento e a importância da educação psicossocial do médico e do enfermeiro.

Os utentes esperam confidencialidade dos seus médicos (Bendapudi *et al*, 2006, Clowers, 2002, Heje *et al*, 2010) e enfermeiros (Benner, 2001, Morrison, 2001). Nesta declaração defende-se a obrigatoriedade do sigilo médico. O sigilo médico é um dos pilares onde assenta a relação de confiança médico-utente. A obrigação da confidencialidade médica está patente no juramento de Hipócrates:<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Versão adaptada da Fórmula de Genebra em 1771 in [www.ordemosmedicos.pt](http://www.ordemosmedicos.pt)

“Sobre aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos utentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso”.

São vários os documentos internacionais da responsabilidade da ONU<sup>13</sup>, da Unesco<sup>14</sup>, da OMS<sup>15</sup> e da Associação Médica Mundial<sup>16</sup>, os documentos europeus<sup>17</sup> e documentos portugueses<sup>18</sup> que defendem o direito ao sigilo médico.

A confiança no profissional de saúde, na relação que com ele estabelecem e no cuidado é muito valorizada pelos utentes (Pritchard, 1995). A este propósito, existem os trabalhos de Bultzingslowen *et al* (2006) e de Wensing *et al* (1996).

A relação de confiança é incrementada através de utentes bem informados e que tenham um papel mais ativo na gestão da sua saúde (Guthrie & Wyke, 2006, Levin, 1995, Sans - Corrales *et al*, 2006.).

A capacidade de o médico escutar sem interromper é valorizada pelos utentes que querem poder expor dúvidas e preocupações aos médicos (Bendapudi *et al*, 2006, Boland, 1995, Clowers, 2002, Fabb, 1995, Heje *et al*, 2010, Lee *et al*, 2010, Macdonald, 2004, Maguire & Pitceathly, 2002, Pritchard, 1995, Robinson & Heritage, 2005). Elisabeth Macdonald (2004) e Sans-Corrales *et al* (2006) destacam a importância de o médico desenvolver a arte de escutar o que é dito verbalmente e corporalmente. Elisabeth Macdonald (2004) afirma que o ato de ouvir pressupõe, por exemplo, ver, acenar com a cabeça, repetir frases, resumir, fazer pausas.

Além desta capacidade, os utentes apreciam profissionais de saúde interativos e comunicativos que os informam sobre a sua condição de saúde. Esta necessidade de o utente ter acesso à informação pressupõe acessibilidade por parte do médico para dar essa informação e escutar o utente (Fabb, 1995). Dianne Berry (2007: 1) refere que “sem informação não há escolha”, a informação dá ao utente poder, confiança, conhecimento e compreensão para que este se envolva na tomada de decisão.

Sendo a saúde o principal objetivo da comunicação profissional de saúde-doença, a investigação levada a cabo por Susan Ellen *et al* (2001) demonstrou que as mulheres com cancro da mama tendem a rejeitar médicos que adotem estilos comunicacionais paternalistas, querem ser informadas e ter um papel mais ativo na partilha de decisões.

Há que realçar, contudo, que nem todos os utentes querem médicos comunicativos, que partilhem com eles informações e tomadas de decisão, mas preferem médicos paternalistas, mais autoritários e

---

<sup>13</sup> Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos.

<sup>14</sup> Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem (1997), a Declaração Internacional sobre dados Genéticos Humanos (2004) e a Declaração sobre Normas Universais em Bioética.

<sup>15</sup> Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), Declaração para a Promoção dos Direitos dos Utentes (1994).

<sup>16</sup> Declaração de Helsinquia (1964), Declaração de Lisboa (1981), Declaração de Budapeste (1993).

<sup>17</sup> Convenção Europeia dos Direitos do Homem, Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

<sup>18</sup> Lei de Base da Saúde (Lei n.º 48/90), Decreto Lei n.º 60/ 2003 que regula os cuidados de saúde primários.

que decidam por eles. Nas culturas mexicanas, chinesas, filipinas e iranianas é costume, quando o utente tem uma doença terminal, informar primeiro a família sendo esta que decide que informação dar ao utente sobre o seu estado de saúde (Galanti, 2000).

O ser solidário e empático no sentido de compreender aquilo que o utente sente e a forma como reage à doença é outra das expectativas do utente face ao médico (Abdulkadir, 1995, Bensing *et al*, 2000, Maguire & Pitceathly, 2002, Roter *et al*, 1997). Esta compreensão vem aliada à vontade de que o médico lhes diga a verdade sobre o seu estado de saúde (Abdulkadir, 1995).

Estudos efetuados por Aguiar *et al*. (2009) demonstram que a empatia estabelecida é influenciada pela cultura informal de cada serviço médico e pela socialização e cultura profissional do médico. Os autores encontraram associação entre a empatia e as competências clínicas e entre a empatia e as especialidades médicas voltadas para o doente que pontuaram mais do que as especialidades médicas voltadas para a tecnologia.

Os utentes procuram, assim, profissionais detentores de competências interpessoais comunicativas, mas a competência médica também é enaltecida (Infante *et al*, 2004, Jahng *et al*, 2005), nomeadamente, as competências científicas, a sabedoria médica, o saber diagnosticar bem o utente (Boland, 1995, Bultzingslowen *et al*, 2006). Os aspetos relacionais tendem, portanto, a ser mais realçados devido à frequente incapacidade demonstrada em avaliar a qualidade técnica do seu médico (Bendapudi *et al*, 2006).

No fundo, os utentes pretendem um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, que seja um facilitador de comunicação (Maguire & Pitceathly, 2002).

Os utentes consideram que o médico de família é mais comunicativo e acessível do que o médico especialista (Barnsley *et al*, 1999). O estudo efetuado por Ruiz-Moral *et al* (2006) com médicos especialistas espanhóis concluiu que estes médicos detinham poucas habilidades comunicacionais e usavam um estilo de comunicação centrado no médico ignorando expectativas, emoções e aspetos biopsicossociais dos utentes.

Michel Balint (1998) também distingue o médico de família do médico especialista considerando que o primeiro se preocupa em fazer investimentos mútuos ao contrário do médico especialista que estabelece uma abordagem descomprometida com o utente e as suas experiências de doença. A doença é vista por este especialista mais como um problema científico do que como um problema humano. A duração da relação estabelecida com o médico especialista é menor e esporádica daí que este profissional seja um desconhecido para o utente que o vê como uma autoridade superior. Ao

invés, com o médico de família as relações são mais duradouras o que permite conhecê-lo e partilhar conhecimentos, hábitos, fraquezas humanas e problemas pessoais.

Carmen Lewis *et al* (2000), numa investigação sobre as atitudes dos utentes quanto à especialidade do médico, constataram que, apesar de a grande maioria dos utentes considerar que o seu médico de família detém competências técnicas para resolver problemas de saúde usuais, os médicos especialistas foram tidos como mais capazes na abordagem das condições patológicas estudadas (alergias, depressão e dor lombar). Os intervenientes neste estudo defenderam que deveria ser possível aceder a qualquer especialista sem ser referenciado por um médico generalista.

Há utentes que ainda assumem o papel de utente parsoniano embora a OMS (WHO, 1993) defenda que o papel dos profissionais de saúde deva ser o de educar e motivar o utente tornando-o capaz de lidar com a sua doença e tomar as decisões adequadas. A comunicação é a forma de responsabilizar os utentes pela saúde (Stewart, 1995) na medida em que é um elemento crucial do diagnóstico, é fundamental no tratamento em situação hospitalar e em casa, é um meio para lidar com as crenças das pessoas, sejam elas acertadas ou não, dá confiança e segurança aos utentes.

Estudos realizados por Sarah Clever, Lei Jin, Wendy Levinson & David Meltzer (2008) mostram que apenas 33% dos médicos foram tidos como excelentes e que os utentes associam um médico excelente à comunicação que estes estabelecem com o utente, incentivar o utente a dar opiniões, a contar histórias e a questionar. Nem sempre é fácil ao profissional de saúde manter estas conversações com os utentes devido aos elementos de imprevisibilidade e mal-entendidos que vão surgindo (MacDonald, 2004). Neste sentido, é fundamental que, cada vez mais, os profissionais de saúde detenham habilidades comunicacionais pois, quanto maiores forem estas habilidades, maior é a capacidade de identificarem os problemas médicos dos utentes (Maguire & Pitceathly, 2002).

Os profissionais de saúde, na relação comunicativa, devem ser sensíveis às questões culturais evitando estereotipar os utentes e fazer generalizações. A falta de contacto visual de um utente pode não ser sinónimo de falta de interesse, vergonha ou até depressão, mas pode significar respeito, se o utente for chinês ou um ato apropriado se o utente for do sexo feminino e de um país muçulmano (Galanti, 2000). Valorizar e respeitar a cultura é uma atitude valorizada no profissional de saúde (Infante *et al*, 2004).

Verifica-se a existência de incongruências entre a prática médica e as expectativas do utente (Ellen *et al*, 2001) sendo que médicos e enfermeiros têm perceções diferentes das necessidades do utente. Estes desejam profissionais de saúde que comuniquem e se preocupem em questionar o utente, dar informações, ser simpático e atencioso, discutir opções de tratamento e incentivar o utente a fazer

perguntas (Stewart, 1995) embora, tal como anteriormente referido, também há utentes que preferem relacionamentos centrados no profissional de saúde e que este tome as decisões.

Quando procuram um profissional de saúde, os utentes têm preocupações e expectativas que transmitem ao médico, mas 15 a 25% destas expectativas não são consideradas pelos médicos (Rao *et al.*, 2000). Diversos estudos demonstram que, quando o profissional de saúde considera a perspetiva do utente e partilha as suas crenças, aumenta a confiança do utente no médico (Rao *et al.*, 2000, Rodriguez *et al.*, 2007), os utentes tendem a cumprir os conselhos médicos o que aumenta a sua QdV (Rao *et al.*, 2000, Rodriguez *et al.*, 2007, Sans-Corrales *et al.*, 2006, Safran *et al.*, 1998), há uma redução dos atendimentos na urgência hospitalar e ocorrem menos internamentos (Gray *et al.*, 2003). Moira Stewart (1995) considera que a comunicação com o profissional de saúde é o medicamento do utente. Maria Sabara (1995: 274) cita o provérbio senegalês “os males humanos necessitam de remédios humanos” para evidenciar a importância que os doentes depositam na consulta médica.

### **3.2. Crenças e expectativas sobre a consulta médica**

A consulta médica é o pilar da medicina (Nunes, 2010, Ramos, 2008), é a forma mais antiga de prestar cuidados de saúde. Enquanto encontro relacional entre profissional de saúde e utente (McWhinney, 2010, Ramos, 2008), é o local onde se partilham vivências, experiências de doença, sentimentos, uma vida familiar e social.

Quando se dirige à consulta médica, o utente tem determinadas crenças e expectativas face ao seu estado de saúde que resultam da sua cultura, crenças de saúde, atitudes e níveis de compreensão.

As crenças e expectativas, aquilo que o utente espera encontrar na consulta médica (Lataef, 2011), são fundamentais e fazem parte da gestão clínica do profissional de saúde (Main *et al.*, 2010).

Ir ao encontro das expectativas e crenças do utente passa por descobrir as razões pelas quais o utente procura o profissional de saúde. Para isso, médicos e enfermeiros devem utilizar uma comunicação adequada à situação, decifrar os sinais corporais do utente, estabelecendo um clima de confiança onde o utente tenha à vontade para se exprimir e o profissional de saúde possa identificar as crenças e expectativas do utente e agir em conformidade com estas (Main *et al.*, 2010).

A investigação levada a cabo por Daniel Pinto, Salomé Coutinho & Carolina Resende (2009), no centro de saúde de Oeiras, concluiu que a maior parte das expectativas do doente é cumprida pelo médico, que em média os utentes têm cinco expectativas e que o cumprimento destas é de 77,2%. 63,1% das expectativas dos utentes referem-se à obtenção de informação e 36,9% a alguma ação do médico. As expectativas mais frequentes evidenciadas pelos utentes referem-se à obtenção de informação sobre

exames (73%), à realização do exame propriamente dito (68,6%) e a informação sobre o tratamento médico (67,2%). Além disso, os autores encontraram uma correlação positiva entre o cumprimento das expectativas e a satisfação com a consulta.

As expectativas do utente incluem assim, a necessidade de ser ouvido, de revelar explicações claras sobre a sua saúde, de ser tratado por uma equipa que demonstra preocupação. A melhor forma de lidar as expectativas do utente é comunicar de forma eficaz através de uma relação de confiança na medida em que o discurso do profissional vai ao encontro do que o utente espera (Pinto *et al.*, 2009).

Identificar as expectativas do utente melhora quer a comunicação estabelecida quer os cuidados de saúde prestados pois, diminui os níveis de stresse e de ansiedade do utente (Lataef, 2011) e aumenta a adesão do utente ao colmatar falhas de conhecimento e dificuldades de comunicação. Para entender as expectativas e crenças do doente, o profissional de saúde deve encorajar o doente a perguntar e a partilhar decisões, tendo consciência de que nem todos os utentes têm capacidade para escolher (Pendleton *et al.*, 2003).

Identificar as crenças e expectativas do doente pressupõe que a consulta médica esteja centrada no doente, nas suas preocupações, vivências e experiências individuais de doença, tal como defendeu George Engel em 1977 num artigo na Revista *Science*<sup>99</sup>.

Esta forma de olhar o atendimento médico na consulta e as razões da sua procura foi desenvolvido pelo psiquiatra húngaro Michael Balint, em Inglaterra, pelo médico Ian McWhinney e Moira Stewart, no Canadá, e por Joseph Levenstein, na África do Sul.

Michael Balint (1998) realça o potencial deste método na relação médico-utente considerando ter descoberto uma nova farmacologia: o médico. Ian McWhinney (2010) considera que o método clínico centrado na pessoa permite entender a experiência do utente com doença e a doença propriamente dita. Joseph Levenstein *et al.* (1986) consideram que este novo método privilegia a agenda do utente (anseios, dúvidas, sentimentos) e não apenas a do médico.

Diversos autores têm questionado se a utilização de uma abordagem biopsicossocial por parte do profissional de saúde altera o tempo da consulta médica comparativamente com as consultas em que se privilegia uma abordagem biomédica. Autores como Levinson & Roter (1995) e Roter *et al.* (1997) consideram não haver uma alteração significativa de tempo e, em sentido inverso, Epstein *et al.* (2005) concluíram que a comunicação centrada no utente aumenta o tempo da consulta médica, mas diminui os exames de diagnóstico médico. Também Ian McWhinney (2010) considera que as consultas mais demoradas têm a vantagem de, a longo prazo, economizar tempo ao médico pois o utente tem tempo

---

<sup>99</sup> Engel, (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129-136.

para colocar questões e esclarecer dúvidas sendo menor a probabilidade de regressar ao consultório médico com dúvidas e questões.

Eunice Carrapiço & Vítor Ramos (2012) consideram ser fundamental os profissionais de saúde deterem determinadas “artes de comunicação na consulta” que incluem determinados saberes e capacidades comunicacionais tais como: a arte de começar, olhar/ver e ler, ouvir, conduzir a comunicação, perguntar, imaginar-se no lugar do outro, sintonizar, confirmar e reformular, explicar, resumir, concluir e estar de acordo. A ausência desta “arte de comunicação” dificulta a correta identificação e interpretação das crenças e expectativas dos utentes.

Uma visão biomédica da doença, assente apenas nos problemas músculo-esqueléticos, não dá grande margem de manobra ao profissional de saúde para identificar as expectativas e crenças do utente, todavia, centrar o atendimento no utente e estabelecer uma relação eficaz e empática com ele, além de melhorar a qualidade e eficácia do atendimento (Stewart *et al*, 2000), aumenta a satisfação do utente facilitando a adesão à terapêutica (Pendleton *et al*, 2003, Stewart *et al*, 2000).

### **3.3. Regime terapêutico: Prescrição e tratamentos médicos**

Com o envelhecimento tende a aumentar o número de doenças crónicas tornando a adesão terapêutica um desafio, quer para doentes quer para os profissionais de saúde, desde logo pela especificidade da população idosa, mais vulnerável a incapacidades físicas, mentais e funcionais.

A adesão terapêutica é um processo comportamental complexo com um contexto específico em que se exige do doente a capacidade de aprender novos comportamentos e alterar rotinas diárias (WHO, 2003a). Neste sentido, a OMS (WHO, 2003) definiu adesão terapêutica como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta, e/ou mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Adesão terapêutica distingue-se de *compliance* desde logo porque pressupõe concordância, compreensão e aceitação do doente. Ao invés, a *compliance* refere-se a uma abordagem mais tradicional da prescrição assente na obediência médica (Bugalho & Carneiro, 2004).

A adesão coincide com as recomendações de um profissional de saúde e requer a concordância entre o profissional e o doente que funcionam como parceiros ativos num processo de comunicação eficaz. É assim, evidente a importância da qualidade da relação profissional de saúde e utente enquanto determinante na adesão.

A eficácia do tratamento resulta do nível de adesão podendo o melhor tratamento ser neutralizado por uma baixa adesão. Promover a adesão implica alterar comportamentos no doente através de

estratégias de educação do doente, da aquisição de competências comportamentais e de apoio social (WHO, 2003).

A WHO (2003) identificou alguns fatores que diminuem a adesão do doente crónico: fatores sociais e económicos, fatores relacionados com o profissional de saúde, fatores relacionados com a doença e fatores relacionados com a terapêutica prescrita.

Os fatores sociais e económicos incluem aspetos como o analfabetismo, a pobreza, o custo quer da medicação quer dos transportes para se deslocarem ao serviço de saúde, a acessibilidade, nomeadamente, a distância domicílio - serviço de saúde, o funcionamento do sistema de saúde, as crenças, os costumes e a cultura, que interferem no comportamento dos utentes. Interação com o profissional de saúde refere-se à prescrição do tratamento, à interpretação e monitorização dos resultados obtidos através de feedback com os utentes. O tempo de consulta limitado, a disponibilidade (ou falta dela) para seguir o utente, a falta de incentivo por parte do profissional de saúde e a incapacidade de avaliar o grau de adesão do utente, são alguns dos fatores que interferem na adesão e tratamento. Os fatores relacionados com a doença abarcam aspetos como a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, as incapacidades geradas pela doença, o grau de conhecimento evidenciado pelo utente face à doença, a motivação, confiança evidenciada face ao tratamento, a ansiedade e grau de capacidade para manusear o esquema terapêutico, bem como a perceção da necessidade do tratamento são fundamentais. Não há uma correlação evidente entre a idade, o sexo, a escolaridade, a ocupação, o estado civil e a religião, com a adesão do utente ao tratamento (Haynes, 1979, Kaplan & Simon, 1990). Em relação à terapêutica prescrita, a complexidade do regime, a duração do tratamento, a alteração do esquema terapêutico e os efeitos secundários adversos são alguns dos fatores que também interferem na adesão ao tratamento.

Parece assim, evidente, que a adesão pressupõe mudanças no agir do doente e dos profissionais de saúde que o acompanham (WHO, 2003). A ausência ou a má adesão terapêutica resulta num problema de saúde pública, tem repercussões na incidência e prevalência de uma série de patologias na saúde dos indivíduos, mas também na economia dos países com o aumento da despesa (WHO, 2003, Bugalho & Carneiro, 2004). Este problema mundial, tal como anteriormente referido, não é apenas do doente, mas também do profissional de saúde que o deve apoiar e não repreender. A boa adesão terapêutica resulta de uma abordagem multidisciplinar que envolve o utente, o profissional de saúde, a organização de saúde e também políticos responsáveis pela saúde (WHO, 2003).

Nos países desenvolvidos, a adesão à terapêutica de longo prazo é, em média, de 50% e nos países em desenvolvimento é menor. Face a esta realidade e partindo da ideia de que aumentar a adesão do

utente é aumentar a sua segurança, António Bugalho & António Carneiro (2004) sugerem duas formas de intervenção para melhorar a adesão terapêutica medicamentosa – a intervenção educacional e a intervenção comportamental. A intervenção educacional enfatiza a importância da comunicação da informação através da oralidade, da escrita ou da utilização de meios audiovisuais e informativos bem como a realização de programas educacionais individuais e grupais. A intervenção comportamental visa atuar sobre o comportamento dos utentes aumentando a comunicação e o aconselhamento direto via telefone, por mensagens geradas por computador e/ou telefone, intervenções familiares, simplificação de esquemas terapêuticos, utilização de memorandos (caixas de contagem e distribuição da medicação), reforço e recompensa pela adesão, entre outros aspetos.

A não adesão ou baixa adesão ao tratamento é de cerca de 50% (Haynes, 2008) e, como tal, é um problema complexo que não está apenas no doente, mas também no profissional de saúde quando este não tem tempo para o utente, não lhe disponibiliza informação, incentivos e feedback. A investigação portuguesa levada a cabo por Manuel Villaverde Cabral & Pedro Silva, em 2010, concluiu que a não adesão terapêutica se deve a motivos extrínsecos dos inquiridos tais como o esquecimento, o adormecer antes da hora, as mudanças de rotina e a falta de planeamento; a fatores sociais, como os baixos recursos económicos e a falta de instrução; a uma resistência à terapêutica invocando-se aspetos como a «preguiça», o não querer tomar a medicação, a falta de planeamento e de tempo, e também a aspetos como a falta de instrução e a mudança de rotina. Em suma, as atitudes da população portuguesa face à não adesão são, sobretudo, de negligência ou falta de planeamento, mas, por outro lado devem-se aos baixos recursos económicos e à falta de instrução.

O modelo comunicativo adotado pelos intervenientes influencia o processo de adesão do doente. Krahn & Naglie (2008) consideram que a participação ativa do doente através do processo de tomada de decisão é um elemento central na medicina centrada no doente. Este modelo distancia-se do modelo paternalista na medida em que o profissional de saúde se preocupa em fornecer mais informação ao doente e de forma mais compreensível (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Todavia, o doente também deve informar o profissional de saúde sobre as suas preferências face às terapêuticas disponíveis (Marshall & Bibby, 2011) descrevendo expectativas, fazendo opções e aceitando responsabilidades no tratamento médico. O modelo centrado no doente visa assim, melhorar a saúde individual do doente tendo em conta os objetivos, preferências e valores de cada um e atendendo aos recursos humanos disponíveis. O profissional de saúde deve atuar como um facilitador que apoia o doente na toma de decisões através da individualização das decisões terapêuticas (Sacristán, 2013) partindo da ideia que a melhor decisão para a maioria dos doentes não é a melhor decisão para o doente individual (Marshall

& Bibby, 2011). Neste sentido, adequar o tratamento ao doente é fundamental para a adesão ao tratamento, que terá repercussões na saúde individual do doente (Sacristán, 2013).

Os idosos, detentores de diversas doenças crónicas<sup>20</sup>, são um grupo social vulnerável ao uso incorreto da medicação. A não adesão à medicação deste grupo é um problema crescente que tem chamado a atenção de diversos profissionais de saúde (Wilson *et al*, 2007).

Murray *et al* (2004) referem que 50% dos idosos com doenças crónicas não aderem à medicação. Estudos efetuados por Wilson *et al* (2007) concluíram que 32% dos idosos tinha três ou mais doenças crónicas, 41% utilizavam cinco ou mais prescrições e 53,6% tinham mais do que um médico a prescrever a medicação.

A adesão à medicação é fundamental para o bem-estar da pessoa (Battaglioli-DeNero, 2007, Cabral & Silva, 2010, Murray *et al*, 2004) e contribui para a melhoria da QdV do indivíduo (Cabral & Silva, 2010, Silva, Luís & Biscaia, 2004). Dificuldades cognitivas decorrentes da idade (Gordan *et al*, 2007, Murray *et al*, 2004, van Eijken *et al*, 2003), como o esquecimento (Cabral & Silva, 2010), perda de visão (van Eijken *et al*, 2003), a falta de entendimento resultante da literacia em saúde de cada um (Gordan *et al*, 2007, Murray *et al*, 2004), as incapacidades de autoadministrar o medicamento (Galvão, 2006, Gordan *et al*, 2007, Murray *et al*, 2004, van Eijken *et al*, 2003), questões económicas (Cabral e Silva, 2010, Galvão, 2006, Wilson *et al*, 2007, Murray *et al*, 2004), as atitudes e crenças face ao medicamento nomeadamente quanto à eficácia do tratamento (Murray *et al*, 2004, van Eijken *et al*, 2003, Wilson *et al*, 2007), os efeitos secundários (Cabral & Silva, 2010, Galvão, 2006, Gordan *et al*, 2007, van Eijken *et al*, 2003, Wilson *et al*, 2007) e a falta de apoio social (Battaglioli-DeNero, 2007, van Eijken *et al*, 2003) são alguns dos aspetos que inviabilizam a adesão à medicação por parte dos idosos.

Cada idoso tem crenças próprias sobre o uso da medicação tomando decisões com base nessas crenças e nas experiências de vida. Ponderam sobre os riscos e benefícios da medicação de acordo com a eficácia percebida em termos de resultados para a saúde (Gordon *et al*, 2007). Vários estudos referem que as crenças sobre a medicação podem ser uma barreira ao processo de adesão (Murray *et al*, 2004, van Eijken *et al*, 2003).

Há uma relação significativa e positiva entre a medicação e os níveis de adesão ao tratamento, estando maiores níveis de adesão à medicação associados a maiores níveis de adesão a tratamentos (Battaglioli-DeNero, 2007, van Eijken *et al*, 2003). No entanto, estudos de Leite & Vasconcelos (2003) e de Santos

---

<sup>20</sup> Doença crónica é definida pela OMS (2008) como “doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta” (Chronic diseases. Geneva, World Health Organization, [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/en](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en))

(2008) demonstram que, quanto maior o número de medicamentos prescritos, menor tende a ser a adesão à terapêutica medicamentosa.

A OMS (WHO, 2002c) considera a automedicação como uma utilização irracional do medicamento considerando que uma atitude responsável face ao medicamento pressupõe que o indivíduo vá ao encontro do que é sugerido pelo profissional de saúde.

A adesão à terapêutica médica é um investimento na saúde do indivíduo e um garante de QdV (WHO, 2002c) num grupo social da população, como é o caso dos idosos, que é grande consumidor de medicamentos e de tratamentos médicos.

## Capítulo IV- Objetivos e procedimentos metodológicos

O modelo de investigação escolhido para levar a cabo este estudo foi o qualitativo inspirado na *Grounded Theory* de Glaser e Strauss (1967).

Neste capítulo, versamos sobre a *grounded theory* e suas limitações, caracterizamos a amostra teórica e descrevemos como efetuamos a recolha de dados, justificando a escolha dos participantes no estudo e, de seguida, apresentamos as técnicas de recolha de dados utilizados, a entrevista e a observação. Seguidamente, descrevemos o processo de análise de dados, desde a transcrição das entrevistas e da leitura das notas de campo tomadas durante a observação, até ao tratamento dos dados através do NVivo. Por fim, fazemos referências às questões éticas e às dificuldades sentidas ao longo deste percurso.

### 4.1. Objetivos

Esta investigação, inserida no âmbito da comunicação em saúde, visa o estudo da comunicação que o idoso estabelece com os profissionais de saúde/funcionários do apoio domiciliário para perceber se esta comunicação influencia a qualidade de vida dos idosos.

Tem como objetivos:

- (i) Compreender se o idoso percebe a informação recebida do profissional de saúde;
- (ii) Identificar as dificuldades do idoso na comunicação verbal com o profissional de saúde e não verbal com os funcionários do apoio domiciliário;
- (iii) Verificar até que ponto a comunicação estabelecida influencia as decisões dos idosos no sentido de estes promoverem a sua saúde e melhorarem a qualidade de vida;
- (iv) Caracterizar os saberes e atitudes do idoso face ao corpo e à saúde.

Com estes objetivos pretende-se compreender o ponto de vista dos idosos tendo privilegiando a linguagem por eles utilizada, bem como a capacidade de entendimento das questões da saúde e da doença no relacionamento com os profissionais de saúde/funcionários do apoio domiciliário.

Atendendo a que a comunicação é central quando falamos em questões de saúde e de doença pareceu-nos pertinente analisar não só a comunicação verbal com os profissionais de saúde, mas também a não verbal com os funcionários do apoio domiciliário, na tentativa de entendermos a influencia desta na qualidade de vida dos idosos.

## **4.2. Procedimentos metodológicos**

Para atingir estes objetivos, propomo-nos seguir uma metodologia qualitativa.

A investigação qualitativa abrange diversas abordagens com diferentes designações de acordo com os investigadores (Strauss & Corbin, 1990). Além disso, esta investigação assume significados diferentes atendendo ao momento histórico em que é produzida (Lessard-Hébert, 1994).

Para Anselm Strauss (1998: 10), a investigação qualitativa refere-se a “*any type of research that produces findings not arrived by statistical procedures or other means of quantification*”. Deste modo, a investigação qualitativa é “*a nonmathematical process of interpretation, carried out for the purpose of discovering concepts and relationships in raw data and then organizing these into a theoretical explanatory scheme*” (Strauss, 1998: 11).

A opção qualitativa permite ao investigador conhecer aspetos complexos do fenómeno estudado, difíceis de descobrir com os métodos quantitativos. Strauss & Corbin (1990: 17) referem que “mesmo que alguns dos dados possam ser quantificados, a análise deve ser qualitativa”.

O principal objetivo da investigação qualitativa é gerar resultados que não seriam visíveis através de meios quantitativos (Strauss & Corbin, 1990) e, partindo do ponto de vista dos entrevistados, explicar o fenómeno. Neste contexto, os intervenientes da investigação não são tidos como variáveis isoladas, mas como um todo no seu contexto natural (Merriam, 1998).

Tendo presente as potencialidades da investigação qualitativa e o facto de serem poucos os estudos que relacionam a comunicação com a qualidade de vida dos idosos, o presente estudo tem como objetivo geral compreender a influência da comunicação entre o profissional de saúde e o cuidador formal na qualidade de vida do utente idoso.

### **4.2.1. Grounded Theory**

O presente estudo centra-se no paradigma da investigação qualitativa orientada pela *Grounded Theory* que procura criar conhecimentos através dos dados obtidos no terreno (Glaser & Strauss, 1967, Strauss, 1993, Strauss & Corbin, 1990).

A *Grounded Theory* surge nos anos 60 pela mão de Barney Glaser & Anselm Strauss, numa época em que as metodologias qualitativas se encontravam desacreditadas. Perante a falta de fundamentação da pesquisa qualitativa, cada vez mais próxima do modelo positivista das ciências naturais, surge a *Grounded Theory*.

É na obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, editada em 1967, que Barney Glaser e Anselm Strauss, no decorrer de uma investigação sobre a morte de utentes terminais no hospital, põem em causa os paradigmas metodológicos da época. Da necessidade de encontrar uma resposta metodológica diferente, propõe-se restabelecer o vínculo entre a teoria e a realidade. Daí o surgimento do termo “*grounded*” pois abarca as vozes e as experiências dos indivíduos envolvidos de modo a construir-se uma fundamentação teórica assente nos dados. Partem da ideia de que a teoria é um ato em construção obtido através da pesquisa social, sendo estreita a relação entre teoria e realidade estudada. Desta forma, defendem uma constante análise dos dados da pesquisa de terreno através do método comparativo de modo a gerar conceitos. Nesta linha, os autores salientam que a amostra não visa a representatividade da população, mas das características dos participantes. Numa lógica indutiva, vai-se construindo a teoria com o objetivo de obter generalizações aplicadas a momentos, lugares e pessoas. A *Grounded Theory* oferece um leque de possibilidades para interpretar o mundo.

Tida como “a general method of comparative analyses” (1995:1) a *Grounded Theory* é definida por Anselm Strauss (1995: 5) como

*“a style of doing qualitative analysis that includes a number of distinct features, such as theoretical sampling, and certain methodological guidelines, such as the making of constant comparisons and the use of a coding paradigm, to ensure conceptual development and density”*

O mérito desta metodologia reside na descoberta da teoria a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados através do método comparativo.

Na década de 80, Barney Glaser e Anselm Strauss desentendem-se. Deste desentendimento resulta o surgimento de duas teorias: a corrente Glaseriana influenciada pelo positivismo característico da Universidade da Colômbia e a corrente Straussariana influenciada pela Escola de Chicago.

Na opinião de Barney Glaser, Anselm Strauss afastou-se dos objetivos iniciais propostos pelo método da *Grounded Theory*. Entretanto, Anselm Strauss junta-se a Juliet Corbin (1990) e, juntos, desenvolvem técnicas e procedimentos de análise com o intuito de sistematizar o processo de recolha e análise de dados. Esta perspetiva é criticada por Barney Glaser que considera ir contra as premissas da *Grounded Theory*.

Na senda da teoria Straussariana, Kathy Charmaz (2006), socióloga, docente na universidade da Califórnia - *Sonoma State University*, assume uma postura interpretativa dos dados e propõe diretrizes

para os novos teóricos. Defende assim, que esta teoria oferece orientações analíticas para interpretar os dados.

Adele Clarke (2005), seguindo a corrente Glaseriana, apresenta uma perspectiva inovadora ao considerar que o investigador deve recorrer a representações visuais e considerar os aspetos não humanos.

Desentendimentos à parte, a *Grounded Theory* de cariz positivista é uma estratégia de pesquisa metodológica reconhecida pela comunidade científica. O contributo desta metodologia é a criação de teorias a partir da recolha de dados e a possibilidade de ser usada em diversas áreas científicas. Tais pressupostos vão ao encontro do proposto inicialmente por Barney Glaser e Anselm Strauss, em 1967.

#### **4.2.2. Limitações da *Grounded Theory***

Ao ser uma metodologia que dá ênfase à realidade construída, coloca-se a questão da subjetividade do investigador na construção da teoria.

Barney Glaser (1978) realça a importância da sensibilidade teórica do investigador considerando que esta subjetividade não é passível de ser eliminada. A sensibilidade teórica é uma competência que advém da experiência em investigação e reside na capacidade de atribuir significado aos dados recolhidos. Nem todos os investigadores detêm esta sensibilidade teórica, fundamental na condução deste processo de investigação.

Inicialmente, Barney Glaser e Anselm Strauss defendiam a criação de teorias através da análise dos dados de investigação sem recorrer às teorias existentes. Posteriormente, Strauss, juntamente com Juliet Corbin (1990), reconsideraram a sua opinião ao considerar que é importante conhecer investigações teóricas sobre o tema defendendo que teorizar é um ato de construção. Questionamos até que ponto é que teorias produzidas unicamente dos dados obtidos no terreno serão aceites pela comunidade científica (Haig, 1995).

A *Grounded Theory* pressupõe um trabalho de campo intensivo e longo. Aliada a esta morosidade do processo, está o facto de nem sempre ser fácil encontrar explicações para as interações dos fenómenos sociais (Wells, 1995).

Brian Haig (1995) e posteriormente Antony Bryant (2002) consideram que se deve distinguir dados de fenómenos, tendo Antony Bryant (2002) questionado o facto da teoria ser construída a partir de dados considerando que esta deve assentar em fenómenos. Além disso, defende que este método não se limita a gerar teoria substantiva, mas pode ser tido como um método de análise de dados.

Cientes das potencialidades e limitações desta metodologia, optamos por realizar este estudo à luz do paradigma de investigação qualitativo orientado pela *Grounded Theory* ao procurar criar conhecimento através da construção de teorias emergentes dos dados obtidos no terreno (Glaser & Strauss, 1967, Strauss & Corbin, 1990).

### **4.3. Amostra e recolha de dados**

Seguindo o proposto por Strauss e Corbin (1990), escolhemos o grupo para observar os fenómenos comunicativos e proceder à recolha de dados (Strauss & Corbin, 1990). Durante um ano estivemos no terreno em contacto direto com os idosos, ora entrevistando-os em Gualtar e em Godinhaços, ora observando-os com os cuidadores do apoio domiciliário. Deste modo, tentamos captar a realidade para que a teoria emergente resultasse dessa mesma realidade (Glaser & Strauss, 1967, Strauss & Corbin, 1990).

No estudo sobre a comunicação que os idosos estabelecem com os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, escolheu-se intencionalmente, como população alvo, os idosos das freguesias de Gualtar (concelho de Braga) e Godinhaços (concelho de Vila Verde). A escolha destes locais de pesquisa deveu-se à facilidade de acesso aos mesmos, aos contactos estabelecidos nesses locais e à representatividade da ruralidade e urbanidade desses locais. Utilizamos três critérios de seleção dos idosos: terem 65 ou mais anos de idade, estarem reformados e terem capacidade comunicativa.

Respeitando as orientações da *Grounded Theory*, não selecionamos previamente a amostra tendo esta sido construída à medida que fomos obtendo dados das entrevistas e da observação realizada até atingirmos a saturação dos dados. Realizamos assim 20 entrevistas (anexo 1), dez em cada uma das freguesias selecionadas e fizemos observação participante. O levantamento dos dados teve lugar nos meses de abril a setembro de 2012 (exceto o mês de agosto), tendo as entrevistas sido iniciadas na freguesia de Gualtar.

Sintetizamos, em seguida, as características sociodemográficas dos idosos entrevistados, sendo os nomes atribuídos fictícios para proteção dos mesmos.

**Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos idosos**

Freguesia/ Nome	Idade	Habilitações literárias	Estado Civil	Profissão	
Gualtar	Alice	76	Licenciada	Viúva	Professora
	Camilo	80	Antigo 7º ano	Casado	Técnico de Desenho
	Carolina	79	Analfabeta	Casada	Doméstica
	Conceição	76	Analfabeta	Casada	Doméstica
	Guida	82	4ª classe	Casada	Doméstica
	Isabel	87	4ª classe	Viúva	Agricultora
	José	88	4ª classe (incompleta)	Viúvo	Marceneiro
	Lúis	68	Antigo 7º ano	Viúvo	Funcionário Camarário
	Miguel	88	4ª classe	Casado	Estucador
	Rodrigo	84	Analfabeto	Casado	Agricultor
Godinhaços	António	77	3ª classe	Casado	Agricultor
	Céu	70	2ª classe	Casada	Agricultora
	Deolinda	75	2ª classe	Casada	Agricultora
	Eduardo	74	Licenciado	Casado	Enfermeiro
	Eva	80	Analfabeta	Casada	Agricultora
	Glória	72	3ª classe	Casada	Agricultora
	Rita	87	4ª classe (incompleta)	Viúva	Agricultora
	Samuel	76	3ª classe	Casado	Agricultor
	Sónia	84	4ª classe (incompleta)	Viúva	Costureira
	Teresa	75	Analfabeta	Viúva	Agricultora
Total de idosos entrevistados				20	

Nos vinte indivíduos entrevistados das freguesias de Braga e de Vila Verde, predominam as mulheres o que reflete a realidade demográfica portuguesa em que a esperança de vida das mulheres é superior à dos homens (83,41 anos e 77,74 anos respetivamente), embora a esperança de vida entre ambos se tenha vindo a aproximar (INE, 2018a).

A maioria dos idosos, com maior expressividade em Godinhaços, insere-se na categoria profissional de trabalhadores de produção agrícola sendo esta o reflexo das habilitações literárias de cada um.

A amostra selecionada não é representativa das características dos participantes, mas é a amostra relevante para o estudo da influência da comunicação com os profissionais na QdV dos idosos na

medida em que os elementos foram selecionados em função das necessidades da investigação, com o intuito de responder às questões colocadas.

Enveredamos por uma amostragem teórica, segundo denominação de Anselm Strauss (1993) e Anselm Strauss & Juliet Gorbin (1990), assente na escolha deliberada de pessoas e situações a entrevistar e a observar em função da capacidade que detinham para fornecer informação. Esta amostragem teórica visa assim, a representatividade do conceito e não da amostra.

A amostragem teórica é orientada pela teoria e desenvolvida de modo indutivo durante a investigação com base nos conceitos relevantes para a teoria a desenvolver.

Glaser & Strauss (1967: 45) definem a amostragem teórica como

*“the process of data collection for generating theory whereby the analyst jointly collects, codes, and analyzes his data and decides what data to collect next and where to find them, in order to develop his theory as it emerges.”*

Amostragem e recolha de dados ocorrem assim, em simultâneo, sendo a recolha de dados orientada pela análise. Desta forma, à medida que as entrevistas iam sendo feitas, eram transcritas e procedia-se à análise das mesmas. O mesmo aconteceu com a observação *in loco* dos idosos nos seus domicílios. Não foi fácil pôr os idosos a falar sobre as questões da saúde e da doença, tivemos primeiramente que ganhar a confiança deles conversando sobre outros assuntos e aos poucos fomos entrando na vida de cada um deles. Deste modo, as entrevistas foram feitas em vários momentos, depois de ganharmos a confiança de cada um dos idosos.

No estudo da comunicação que os idosos estabelecem com os profissionais do apoio domiciliário, selecionamos 20 idosos que usufruem do apoio domiciliário, cinco de Gualtar e quinze de Nogueiró. Esta recolha de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2012, embora, ao longo da investigação (em 2013), tenhamos visitado, por diversas vezes, vários idosos nas suas habitações.

Selecionamos apenas cinco idosos de Gualtar uma vez que os restantes utentes estão maioritariamente confinados à cama, apresentando dificuldades de locomoção e verbalização, num estado de inconsciência, pelo que não puderam fazer parte deste estudo.

**Tabela 2- Caracterização do apoio domiciliário face ao tipo de utente**

Instituição que presta apoio	Cuidados prestados	Tipo de utente				TOTAL
		Incapacidade funcional			Capacidade funcional	
		Acamado deitado		Acamado Sentado	Locomoção	
		Consciente	Inconsciente			
Centro Social de Gualtar	Cuidados de higiene e de conforto		Florinda			5
		Áurea				
				Palmira		
		Graça				
					Carlos	
ASCREDNO	Cuidados de higiene e de conforto	Antónia				15
				Bernardino		
				Carolina		
				Elisa		
					Augusta	
					Armando	
					Rosa	
					Manuel	
		José				
				Marta		
				Rui		
		Hilário				
		Adelaide				
				Maria		
Cuidados de saúde				Artur		
TOTAL		6	1	6	7	20

A quase totalidade dos idosos observados recebe cuidados de higiene e de conforto dos apoios domiciliários de Gualtar e de Nogueiró.

A escolha dos idosos acamados para serem entrevistados e observados revelou-se difícil. Foram iniciadas 3 entrevistas a idosos acamados que não foram consideradas pois, ao longo destas, foi perceptível que eles apresentavam graves falhas de memória ou discursos muito contraditórios. O mesmo aconteceu com os idosos observados. Sempre que nos apercebíamos de discursos desordenados e incongruentes, optávamos pela escolha de outro idoso. Várias entrevistas foram realizadas em diferentes momentos devido à debilidade física em que os idosos se encontravam.

#### **4.4. Técnicas de recolha de dados**

Enveredamos pela técnica da entrevista e da observação para obtermos uma melhor descrição da realidade na tentativa de abarcar diferentes perspetivas dos idosos e, desta forma, compreender e desenvolver uma categoria (Strauss & Corbin, 1990). Na pesquisa efetuada no terreno, estávamos cientes dos problemas com que nos iríamos deparar resultantes dos padrões culturais e da interpretação dos significados dos diversos acontecimentos oriundos da participação, observação e relações estabelecidas.

##### **4.4.1. Entrevista**

Atendendo a que os procedimentos metodológicos estão relacionados com o quadro teórico, optou-se pela entrevista semiestruturada. Inicialmente, optamos pela realização de um conjunto de entrevistas exploratórias a indivíduos do universo de estudo o que nos permitiu verificar se os conceitos e o vocabulário utilizados eram corretamente percebidos pelos inquiridos de modo a evitar interpretações subjetivas das questões formuladas. Foram realizadas 8 entrevistas exploratórias, quatro em cada uma das freguesias selecionadas, para que pudéssemos verificar a adequação e pertinência dos tópicos do guião da entrevista.

Na entrevista semiestruturada, apesar de haver um guião, as perguntas foram memorizadas e eram colocadas aleatoriamente, de acordo com o decorrer da entrevista, em momento oportuno. Num primeiro momento, ganhávamos a confiança dos idosos e, por vezes, só na segunda ida à casa do idoso é que este nos falava abertamente sobre as questões da saúde e da doença.

O ambiente era de liberdade, sendo que, em Gualtar, as primeiras horas eram passadas a ver os quintais e as hortas e só depois, de forma muito natural, nos encaminhavam para dentro de casa, geralmente para a mesa da cozinha, outras vezes para o sofá da sala e começavam a falar de episódios que tinham vivenciado em termos de saúde e de doença. Inversamente, em Godinhaços, as entrevistas decorreram no campo, na soleira da entrada da porta da casa, no eido ou debaixo de alguma árvore, num banco de pedra, perto da entrada de casa. Apenas uma entrevista decorreu dentro de casa. Após as entrevistas, éramos convidados a visitar as casas terminando na cozinha.

Na maioria das vezes, os idosos de Godinhaços estavam acompanhados por vizinhos que também participavam na entrevista dando a sua opinião. Por vezes, sentimos que o entrevistado se acanhava nas respostas quando estavam acompanhados e, quando tal acontecia, esperávamos que os vizinhos se fossem embora e colocávamos novamente a questão ou marcávamos a entrevista para outro dia, o

que acabou por tornar o período das entrevistas mais longo do que o inicialmente previsto. As conversas informais que mantivemos com os idosos de Godinhaços revelaram-se importantes na medida em que punham os idosos a falar sobre os temas em questão e a refletir sobre eles, incitando a discussão e o debate durante longas horas. Todos queriam dar a sua opinião e tinham algum episódio pitoresco a contar. Através destas conversações, selecionamos alguns dos idosos de Godinhaços atendendo à sua capacidade comunicativa e expressiva que posteriormente entrevistamos individualmente.

No início das entrevistas, houve o cuidado de clarificar os papéis e de explicar qual o objetivo das entrevistas, conscientes de que, desta forma, melhoramos a comunicação. Não nos tendo sido colocadas grandes questões sobre o porquê do trabalho que estávamos a fazer, o importante para os idosos era ter alguém com quem pudessem conversar.

Em sequências diferentes, começamos por colocar questões simples e só depois as questões mais estruturais e complexas, fomentando a discussão e a reflexão sobre a comunicação estabelecida com o profissional de saúde, médico e enfermeiro.

Estávamos conscientes de alguns problemas que poderiam surgir pelo que se deu especial atenção à forma de enunciar as perguntas, aos enviesamentos, e às questões que poderiam suscitar mais embaraço.

Há assuntos, nomeadamente a doença, sobre os quais nem sempre é fácil falar, pois pertencem ao foro da vida privada, daí que tivéssemos de ganhar a confiança dos idosos, falando inicialmente de assuntos do quotidiano e só depois direccionávamos a conversa para as questões de saúde e de doença. Muitas foram as confidências feitas em voz baixa, muitas vezes quase em surdina, que contribuíram para nos apercebermos das vivências, interações sociais e das visões sobre relacionamentos com profissionais e sobre a saúde e a doença.

Todo o espaço comunica e sendo a entrevista "*uma das técnicas mais ricas e das mais usadas no âmbito da sociologia*" (Gonçalves, 2004: 71) verificou-se uma aproximação social baseada numa relação face a face, que facilitou a comunicação.

Enquanto "*lugar de comunicação orquestral*" (Gonçalves, 2004) a entrevista resulta também do não-verbal e intencional. A voz das entrevistadas denotava entusiasmo e o corpo transmitia ânsia de conversar.

Observamos contextos e comunicações não-verbais com destaque para os sinais de embaraço, ansiedade, tensão, cansaço e desinteresse. Tendo presente a máxima de Erving Goffman de que "é impossível não comunicar", tentamos interpretar os gestos corporais produzidos em simultâneo com a

fala – “acompanham-se as mãos, segue-se a cinética do olhar, interpretam-se as mímicas, enfatiza-se a escuta com gestos, ritma-se o intercâmbio com posturas, descontraí-se através de relaxamentos corporais, regula-se o tom de voz...” (Gonçalves, 2004:75). Adequamos o andamento da entrevista a estes contextos não-verbais.

Houve o cuidado de não interromper o outro e de intervir apenas quando necessário vigorando uma atitude de escuta atenta acompanhada de sinais fáticos. Tentamos fazer uma leitura e gestão adequada dos momentos frequentes de silêncio. Nem sempre foi fácil interpretar os silêncios, distinguindo os vazios comunicativos dos ricos em sentido e funcionalidade.

As entrevistas, “*enquanto conversas com um objetivo*” (Burgess, 1997: 112), podem ser influenciadas pelas características pessoais do entrevistado, nomeadamente o sexo, a idade, a raça e o estatuto social (Burgess, 1997). Conscientes da importância da forma como nos apresentamos perante os entrevistados na criação de expectativas e disposições, adequamos as vestes, os adereços e as posturas ao público. Assim, tivemos o cuidado de nos vestir de forma simples e discreta, tendo sido bem-recebidos.

Não sentimos qualquer dificuldade em conseguir as entrevistas, pelo contrário, os idosos facilmente se dispuseram a participar contando-nos pedaços das suas estórias de vida - “*São as vidas, são estas vidas. Conto-lhe o que passei, não sei se lhe interessa a minha vida, coitada da minha vida*” (Glória). Sentimos à vontade, predisposição, simplicidade e vontade de nos contarem experiências e vivências relacionadas com a saúde e a doença. As entrevistas decorreram assim, num ambiente de confiança mútua, predominando atitudes de interesse, cordialidade e empatia visível na comunicação verbal e não-verbal.

A dimensão temporal está presente em todas as pesquisas de terreno. Sempre que foi possível, marcamos a hora da entrevista de modo a evitar abordar os idosos em horários inapropriados, colidindo com outras atividades. Em Gualtar, as entrevistas decorreram essencialmente da parte da manhã ou durante a tarde, no fim da sesta, em Godinhaços ocorreram no fim da manhã e durante a tarde, horas de maior calor em que os idosos não podiam ir para o campo. A ruralidade/urbanidade das freguesias em que os idosos se inseriam influenciaram a hora das entrevistas, o local e o andamento das mesmas.

Esta familiaridade com as entrevistadas também traz inconvenientes, nomeadamente “...os enviesamentos, simplificação excessiva, juízo prévio e incapacidade de separar aquilo que se observa daquilo que se sente” (Burgess, 1997, 23). Tal familiaridade implica que esteja constantemente a vigiar a direção, a profundidade e o pormenor da entrevista (Burgess, 1997).

Pierre Bourdieu (1999) afirma que o sociólogo não consegue acabar com a sociologia espontânea. Todos os temas sobre os quais o sociólogo se debruce estão envoltos em pré-noções e explicações vulgares. A familiaridade com o universo social é um obstáculo epistemológico com o qual o sociólogo tem de lidar. O autor (1999, 50) afirma que “a maldição das ciências humanas, talvez, seja o facto de abordarem um objeto que fala”. Max Weber (1983) também considera que a parcialidade é incontornável devendo o investigador ser rigoroso em termos metodológicos ao longo da investigação. Inversamente, Durkheim (1991) defende que a objetividade é possível desde que se respeite o método científico.

O facto de o objeto de estudo ser “objeto que fala” implica que se adote uma constante atitude de vigilância e de desconstrução face ao senso comum e, ainda que considere que a objetividade não possa ser completamente atingida, procurei fugir da sociologia espontânea e da ilusão do saber imediato e alcançar o rigor dos processos de análise e dos resultados a que cheguei.

#### **4.4.2. Observação**

Optamos pela prática da observação em duas situações distintas: observamos os comportamentos dos idosos com as funcionárias do apoio domiciliário e aliamos esta técnica à entrevista analisando as posturas dos idosos que entrevistámos.

Esta opção metodológica deve-se ao facto de considerarmos que a observação é a melhor forma de estudar a comunicação não-verbal no sentido de perceber o significado que os idosos atribuem aos relacionamentos estabelecidos com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e do apoio domiciliário.

Como técnica de recolha de dados, optamos pela observação participante cientes de que esta “permite, como nenhuma outra, apreender os comportamentos e os acontecimentos no próprio momento em que eles se desenrolam nos seus contextos naturais e na sua riqueza (inter) subjetiva” (Gonçalves, 2004: 66).

A observação, conjugada com a entrevista, permite alcançar dados inacessíveis a outros métodos (Gonçalves, 2004). Desta forma, conjugamos a técnica da entrevista com a da observação participante de modo a “...obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce” (Gómez *et al*, 1999: 149).

Durante quatro meses, acompanhamos cinco equipas do Apoio Domiciliário, uma equipa do apoio de Gualtar e quatro do de Nogueiró. Observamos os relacionamentos existentes entre as técnicas do apoio

domiciliário e vinte idosos cientes de que a observação participante facilita a lógica da descoberta de conceitos sendo as teorias construções da realidade humana (Glaser & Strauss, 1967).

Os idosos foram selecionados pela idade e capacidade linguística de comunicar. Além disso, tentamos que fossem o reflexo de diferentes realidades sociais.

Observamos três tipos de comportamentos dos idosos no apoio domiciliário, centrando a nossa atenção na análise corporal: (1) comportamentos de rotina referentes às atividades do dia a dia relacionadas com a higienização dos idosos, (2) os acontecimentos previsíveis dos idosos que nos dão informação sobre normas, valores e rotinas diárias, (3) acontecimentos adversos resultantes de situações conflituosas com os familiares.

Interagimos com os idosos e com as técnicas, “entramos” na vida de ambos, conhecemos a sua intimidade, estivemos no seio da família e inteiramo-nos de alguns dos relacionamentos sociais e afetivos de cada um.

Tentamos desenvolver uma rotina no acompanhamento destas equipas para que a minha presença não alterasse, em grande medida, as atividades quotidianas dos idosos e das equipas para garantir uma maior eficácia da observação.

Este envolvimento permitiu-nos compreender as diversas facetas da comunicação estabelecida entre idosos e funcionárias do apoio e obter dados empíricos enriquecidos pelo facto de serem recolhidos em ambiente natural.

Centramos a observação nos elementos que foram emergindo como essenciais até à saturação teórica (Glaser & Strauss, 1967). Estabeleci mais afinidades com alguns idosos com quem mantive conversas informais e a quem coloquei questões casuais. Os idosos do apoio domiciliário viam-me como mais uma funcionária, alguém disposto a ouvi-los e a acarinhá-los, o que acabou por facilitar a minha tarefa de observadora.

Esta participação ativa permitiu-nos ter uma perspetiva interna dos relacionamentos comunicativos verbais e não-verbais existentes entre as técnicas do apoio domiciliário e os idosos. Deste modo, foi-nos permitido registar os acontecimentos que presenciamos tal como os visualizamos e percecionamos (Burgess, 1997, Gonçalves, 2004, Lessard-Hébert, 1994) na língua dos participantes (Burgess, 1997, Gonçalves, 2004).

Considerando que “a observação participante é “uma forma de construir o objeto de pesquisa por meio da aculturação progressiva da endoculturação permanente do investigador, na aprendizagem do conhecimento do grupo que estuda” (Iturra, 1986: 157), tivemos algumas preocupações e deparamo-nos com alguns obstáculos na aplicação desta técnica.

Na interação que estabelecemos com os idosos privilegiei a informalidade e tive a preocupação de me apresentar de forma simples, mas cuidada, consciente de que as características sociais, a pertença de classe e a atividade profissional do investigador influenciam o processo de recolha de dados na observação (Burgess, 1997).

Não foi fácil manter uma certa distanciãçãõ face aos inúmeros problemas afetivos, sociais e de saúde que os idosos apresentavam. Várias vezes me comovi e me senti impotente perante tanta solidãõ física e afetiva demonstrada pelos idosos.

Uma das limitações desta tãcnica reside, precisamente, no facto de depender da subjetividade e do desempenho do observador (Gonçalves, 2004). A interação que estabelecemos com os idosos e tãcnicos colocou-nos algumas questões relativamente à distãncia e ao envolvimento nas situações.

A familiaridade com o objeto de investigaçãõ nãõ é garantia de objetividade na medida em que pode ocultar ou enviesar a interpretaçãõ do que é observado. O investigador pode assim influenciar e ser influenciado pelo contexto da investigaçãõ. Conscientes desta limitaçãõ, houve a preocupaçãõ de evitar o automático, o natural, a simplificaçãõ excessiva, os juízos prévios e de separar aquilo que se observa do que se sente (Burgess, 1997, Gonçalves, 2004). Nem sempre foi tarefa fácil descodificar as relações comunicativas que emergiam dos acontecimentos, silêncios, formas de agir, posturas e gestos dos idosos que entrevistamos e que acompanhamos no apoio domiciliário.

Ao longo do trabalho de campo adotamos diversos papéis, muitos deles sobrepostos, atendendo às experiências da investigaçãõ e aos diferentes interlocutores. Estes papéis estãõ em constante negociaçãõ ao longo da investigaçãõ no terreno e ao modo como o investigador é percecionado pelos diferentes indivíduos com quem interage. (Burgess, 1997).

Optamos pelas notas de campo que Robert Burgess (1997) denomina de substantivas e que consistem no registo de situações, conversas, acontecimentos e comportamentos corporais em que participamos, de forma sistemática e usando secções e categorias preestabelecidas que se foram alterando e adequando a situações e acontecimentos particulares que iam emergindo. Retiramos algumas palavras e frases utilizadas para registar literalmente o que era dito pelos intervenientes e descrevemos pormenorizadamente comportamentos corporais nãõ-verbais utilizados pelos idosos. As notas davam ênfase a acontecimentos relacionados com a vida íntima e particular de cada um dos idosos observados.

Deparamo-nos com alguns problemas na redaçãõ das notas resultantes da familiaridade com o objeto de estudo. Nestas situações, tentamos manter a objetividade conscientes de que a objetividade total é

impossível, tentando “não tomar as coisas por garantidas ou não escamotear situações que à primeira vista aparecem como demasiado familiares” (Burgess, 1997).

Estas notas eram registadas num caderno de campo logo após termos saído de cada uma das casas, muitas vezes no elevador ou durante o percurso para outra habitação (apoio domiciliário). Quando não conseguia levar a cabo os registos, socorria-me do gravador por ser mais rápido. À hora do almoço, transcrevia as notas no caderno de campo pois os acontecimentos recentes ainda estavam na memória. Em nenhum momento tiramos notas em frente aos idosos. À medida que o tempo foi passando, foram diminuindo as notas até entendermos que tínhamos alcançado o ponto de saturação. Nas entrevistas efetuadas houve também a preocupação de, findas as mesmas, tomar notas sobre os comportamentos não-verbais observados. Estas observações serviram para complementar, confirmar ou relativizar comportamentos e acontecimentos dos idosos.

Tivemos o cuidado de ir categorizando as notas de campo de modo a utilizar, de forma eficiente e efetiva, os dados qualitativos recolhidos. Além disso, esta categorização ao longo da pesquisa permitiu-nos ir elaborando categorias a partir das informações e acontecimentos recolhidos, bem como criar categorias imanadas dos dados recolhidos. Pretendíamos gerar teorias a partir dos dados recolhidos no terreno (Glaser & Strauss, 1967).

#### **4.5. Análise de dados**

A análise de dados foi aliciante e simultaneamente desgastante pois este processo de análise ocorreu em simultâneo com a recolha de dados de modo a construir teoria e tornar a investigação mais rigorosa. Parecia um processo inacabado. Quando pensávamos já ter todas as categorias surgia uma nova o que nos levava a ler e a comparar novamente todas as entrevistas.

Este processo demorou muito mais tempo do que o inicialmente estipulado. Conscientes de que através dele poderíamos evitar enviesamentos e gerar uma teoria mais próxima da realidade (Strauss & Corbin, 1990), estivemos quase um ano a analisar os dados obtidos na pesquisa de terreno através das entrevistas e da observação.

Anselm Strauss & Juliet Corbin (1990) consideram que o tratamento e a análise de dados na investigação qualitativa são controversos. Defendem que a literatura é importante neste processo pois ajuda o investigador a questionar, a selecionar conceitos, a fazer comparações, enfim, proporciona um quadro para a ação. Postura contrária é defendida por Barney Glaser (1978) que considera que Anselm Strauss e Juliet Corbin fogem aos princípios da *Grounded Theory*.

Usamos os conhecimentos técnicos e a sensibilidade teórica de Barney Glaser (1978) para analisar os dados. A ênfase residia na amostragem teórica e na análise comparativa.

Ao longo do processo de categorização, houve o cuidado de analisar cada nova entrevista verificando se surgiam novas categorias e se, em comparação com as entrevistas já analisadas, era necessária reformular a análise efetuada.

Através da codificação dos dados das entrevistas fomos compreendendo o processo comunicativo entre os idosos e os profissionais e os contextos em que ocorriam. Aos poucos, fomos enriquecendo a codificação e, além da codificação aberta fizemos também a seletiva. Aos poucos, a teoria foi emergindo.

Foi um trabalho moroso, exaustivo e desgastante uma vez que novos dados e, conseqüentemente, novas categorias estavam sempre a emergir deste método de análise intensivo e sistemático. Cientes da importância da codificação na produção de conceitos, demos especial atenção a este processo de categorização.

#### **4.5.1. Transcrição das entrevistas/ observações**

Todas as notas de campo eram registadas no fim de cada uma das entrevistas e as observações efetuadas, com idosos, vizinhos, amigos, cônjuges e familiares em Godinhaços e Gualtar, bem como com auxiliares geriátricas foram analisadas em termos conceituais e operativos.

Transcrevemos textualmente as entrevistas analisando entoações da voz e posturas corporais. Transcrevemos todos os registos gravados tendo presente que a transcrição, mais do que um procedimento técnico é interpretativo (Maxwell, 1996).

Inicialmente, surgiu a dúvida acerca do que transcrever e de como transcrever. De forma intencional, optamos por não fazer uma transcrição intencionalmente seletiva como defendem Anselm Strauss & Juliet Corbin (1990). Estes autores defendem que as transcrições iniciais devem ocorrer na totalidade para não se perderem dados importantes que podem vir a ser pertinentes para a investigação e só numa fase posterior se deve optar por uma transcrição mais seletiva.

Por outro lado, considerávamos que o contexto em que as entrevistas se desenrolavam era fundamental para a compreensão do processo comunicativo estabelecido com profissionais e a sua conseqüente influência na QdV dos idosos.

No registo e transcrição das entrevistas recorremos ao uso do gravador por considerarmos que este permite um registo mais completo das informações dando-nos mais liberdade para observar os idosos entrevistados (Burgess, 1997, Gonçalves, 2004). Em relação ao material transcrito foi dito aos idosos

que as entrevistas não seriam ouvidas por terceiros e seriam usados pseudónimos. Apenas três idosos manifestaram vontade de permanecer no anonimato.

Conscientes da morosidade da transcrição das entrevistas, tentamos transcrevê-las à medida que iam sendo efetuadas o que, nem sempre foi possível. Antes de iniciarmos a transcrição, tínhamos a preocupação de ouvir a entrevista e só depois a transcrevíamos para o computador. Este processo, pesado e moroso, implicou muitas horas de trabalho o que acabou por tornar o processo mais longo do que inicialmente previsto. Além disso, estávamos dependentes da agenda dos inquiridos e da transcrição da entrevista anteriormente efetuada de modo a registarmos todos os momentos ricos em sentido e funcionalidade, tais como, as emoções observadas, os sinais de embaraço, ansiedade, cansaço, as posturas corporais e o tom de voz.

#### **4.5.2. Tratamento de dados**

Os dados recolhidos alusivos à influência do processo comunicativo na QdV dos idosos foram codificados em suporte informático. Esta opção pela informática prende-se com a quantidade de dados não estruturados existentes numa investigação qualitativa. Optamos por um programa que se adequa às técnicas de análise da *Grounded Theory*, o NVivo versão 10 (NVivo, 2014).

O programa NVivo não se destina a uma metodologia qualitativa específica, mas adequa-se a diversas técnicas qualitativas organizando, analisando e compartilhando dados.

NVivo é um programa informático com inúmeras potencialidades. Além de permitir organizar e analisar informação não estruturada, liberta o investigador das tarefas administrativas morosas permitindo-lhe concentrar-se na análise dos dados, permite a sistematização dos dados evitando que estes se percam. Além disso, possibilita o apuramento das informações e a descoberta de conexões sutis, dificilmente apreendidas manualmente. Comprovar as descobertas com evidências é outro dos benefícios da utilização deste programa que pode ser adquirido em qualquer língua e está condensado num arquivo o que facilita a partilha de material com outros investigadores (NVivo, 2014).

Numa primeira fase, que colidiu com a exploração técnica do NVivo, as entrevistas foram codificadas manualmente. Durante meses li e reli as mesmas sublinhando, a cores diferentes, os conceitos. O processo foi repetido no sentido de agrupar os conceitos em categorias.

Este processo permitiu-me pensar e sentir os dados enquanto ia delineando diferentes formas de estruturar esses dados. Deste modo, inteirei-me, do leque de categorias e das ligações existentes entre elas.

A codificação final, no programa NVivo, sofreu algumas alterações face ao inicialmente previsto. Apesar de considerar que este programa facilita a investigação qualitativa, codificar foi uma tarefa morosa e árdua, quer devido ao processo de codificação, quer pela exaustividade do trabalho. Nem sempre foi fácil manter a concentração pelo que fazíamos pausas com bastante frequência.

Várias vezes me senti perdida no meio de tantas categorias, mas com persistência fui trilhando caminho e transformando os dados, etiquetando-os e agrupando-os em conceitos. Apesar de tudo, as descobertas motivavam-me a seguir em frente.

À medida que a investigação avançava as categorias iam sendo apuradas. Seguindo o processo de análise da *Grounded Theory*, através do método comparativo confrontamos os dados atribuindo-lhes o que Glaser & Strauss (1967) chamam de *etiquetas concetuais*, isto é, códigos<sup>21</sup>.

Iniciamos a codificação aberta sem um esquema de codificação específico tal como preconizado por Strauss & Corbin (1990), que acreditavam que categorias pré-definidas podiam ser responsáveis pelo não surgimento de novas formulações teóricas.

Definimos, como unidades de análise, segmentos de texto aos quais atribui um ou mais códigos, normalmente mais. Poucos foram os segmentos de texto que não foram codificados por se afastarem do tema em estudo ou por lançarem temas que não seriam abarcados no presente estudo.

À medida que a investigação avançava e que íamos transcrevendo as entrevistas, os conceitos emergentes durante a recolha de dados iam sendo confirmados ou alterados (Strauss & Corbin, 1990). Neste processo de descontextualização e recontextualização dos dados, transferíamos segmentos de texto do seu contexto natural para um conceptual. Os dados originais não ficam alterados e estão acessíveis para consulta no programa NVivo. Esta codificação aberta, primeiro momento da operacionalização da análise, (Strauss, 1993, Strauss & Corbin, 1990) foi importante para reduzimos os dados.

Atribuímos nomes às categorias com o intuito de me lembrar delas ao relacioná-las com as restantes categorias e com as subcategorias. Inspirada em Strauss & Corbin (1990) os nomes atribuídos às categorias foram aqueles que iam emergindo e se adequavam à realidade; outros referem-se a palavras ou expressões que os idosos utilizavam no decorrer do trabalho de campo, os chamados *códigos in vivo*.

A codificação axial refere-se à reestruturação dos dados codificados na codificação aberta (Strauss, 1993, Strauss & Corbin, 1990) e permitiu-nos analisar as relações concetuais das categorias e identificar as categorias principais. A codificação aberta (intuitiva e emergente) e a axial (intencional e

---

<sup>21</sup> Codificar é um termo que se popularizou na investigação qualitativa através da obra *The discovery of the grounded theory* de Glaser & Strauss.

complexa) são procedimentos que estão interligados sendo que recorreremos ora a uma ora a outra forma de codificação, tal como referem Anselm Strauss & Juliet Corbin (1990).

Através da codificação axial e continuando a usar a técnica da comparação, fomos desenvolvendo e articulando as categorias e as subcategorias uma vez que alguns padrões emergiam com mais consistência neste processo indutivo de constante verificação de relações entre categorias e subcategorias (Strauss & Corbin, 1990).

Ao longo de todo este processo de categorização, tentamos codificar a evidência, isto é, o que emergia dos dados. No entanto, estou ciente de que sofri diversas influências. Por um lado, da minha experiência enquanto investigadora, mas também de diversos autores lidos. Sempre que me apercebia destas influências voltava novamente a ler as entrevistas, verificando se as categorias eram suportadas pelos dados.

As ideias que emergiam iam sendo testadas e verificadas nos dados e, não sendo confirmadas eram eliminadas. Através deste processo de verificação tomamos consciência de que a teoria está enraizada nos dados recolhidos.

Codificamos seletivamente quando a análise nos conduziu às categorias centrais mostrando a categoria mais importante do estudo e as conexões entre ela e as restantes categorias. Através da codificação seletiva, último procedimento da análise (Strauss, 1993, Strauss & Corbin, 1990), emergiram hipóteses mais consolidadas.

#### **4.6. Questões éticas**

Investigar é uma atividade do homem sobre o homem, razão pela qual, ao longo da investigação surgem ao investigador alguns dilemas sobre a forma como atuar.

São várias as declarações e documentos proclamados pelos governos de diversos países e por organizações mundiais sobre a ética na investigação e a atuação do investigador. Salientamos o Código de Nuremberga, a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>22</sup> e a Declaração de Helsínquia<sup>23</sup>. Além destas declarações, são diversos os documentos que regulamentam a atividade do investigador em ciências sociais.

Os idosos entrevistados e os que usufruem do apoio domiciliário foram informados acerca do estudo e aceitaram participar nele. Nenhum idoso fez questões específicas acerca do estudo, ou se mostrou

---

<sup>22</sup> Proclamada a 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Este documento reconhece a dignidade de toda a pessoa humana e está na base de todas as regulamentações biomédicas em seres humanos.

<sup>23</sup> Proclamada pela Associação Médica Mundial em 1964.

reticente em participar nele. Optamos pelo consentimento escrito garantindo aos idosos a confidencialidade e o anonimato (anexo 2).

Apesar de informarmos os idosos do anonimato e confidencialidade do estudo, apenas três manifestaram vontade expressa dos seus nomes não serem divulgados, todos os outros demonstraram pouca preocupação face à questão não se opondo à revelação de nomes e histórias de vida.

Optamos pelo anonimato dos testemunhos. Usamos pseudónimos dos idosos entrevistados e dos profissionais de saúde. Tivemos o cuidado de registar a correspondência dos nomes verdadeiros para os pseudónimos.

Desde logo, investigar o comportamento humano levanta questões. A intimidade dos idosos que observamos através do apoio domiciliário era uma delas. Ao participarmos nas atividades de higiene levadas a cabo pelas funcionárias do apoio domiciliário invadíamos o espaço privado dos idosos, mas, para nosso espanto, nenhum deles se escusou a participar no estudo ou impediu a minha presença durante o ato da higiene. A minha presença parecia não os incomodar ou perturbar. Além disso, receávamos que os idosos do apoio domiciliário alterassem o seu comportamento depois de lhes explicarmos o propósito da investigação, o que não aconteceu.

Os dilemas que mais nos acoitavam eram a influência que poderíamos exercer sobre a situação e o investigado, e a mudança de comportamento que a nossa presença poderia impor. Amainamos estes receios prolongando o tempo da duração da observação e privilegamos a informalidade nas interações.

António Firmino da Costa (1986) considera que estas interferências do investigador nas relações sociais não são um obstáculo ao conhecimento, mas um veículo desse conhecimento.

Robert Burgess (1997) considera que mais importante que enumerar princípios éticos é fundamental colocar a ênfase na investigação, nos investigados e no contexto da pesquisa. A melhor forma de combater os dilemas morais que vão surgindo é fazer uma constante autoavaliação e reflexão das experiências de pesquisa.

#### **4.7. Dificuldades sentidas**

O trabalho de campo foi mais demorado do que o inicialmente previsto devido às exigências da aplicação do método da *Grounded Theory*.

As entrevistas acabaram por ser mais longas do que o previsto devido à necessidade que os idosos sentiam em conversar e confidenciar. Não raras vezes as entrevistas arrastavam-se para o dia seguinte. A vontade de falar, de estar com alguém era enorme. Sentia-se a emoção dos idosos em serem

ouvidos. Dar opiniões sobre os profissionais de saúde com quem lidam, sobre a sua saúde e o estado da saúde portuguesa deixava-os orgulhosos. Em Godinhaços, a esta dificuldade acrescia o facto dos idosos estarem, muitas vezes, acompanhados por vizinhos, todos queriam partilhar estórias.

Em relação ao apoio domiciliário, a maior dificuldade que sentimos prendia-se com o tempo diminuto que as equipas da SAD demoravam com cada idoso o que exigiu que passássemos mais tempo com estas equipas no terreno.

Cientes que em todas as interações sociais há um ajuste mais ao menos consciente ao espaço social e ao interlocutor (Bourdieu, 1998) e, que em todas as situações do dia a dia não deixamos transparecer completamente aquilo que somos e sentimos, tinha noção que os idosos adotaram um determinado papel social e assumiram uma fachada na interação (Goffman, 1989). Cobia-me a mim esmorecer ao máximo essa fachada, ganhando para isso a confiança dos idosos.

Deste modo, na investigação, quando analisamos a interpretação que os idosos fazem da sintomatologia, da saúde e da doença, e do que o profissional de saúde e funcionárias do apoio domiciliário dizem e fazem, não podemos esquecer que vamos lidar com interpretações influenciadas por uma série de aspetos, como a cultura, as crenças religiosas, a mentalidade, a idade e a profissão. Logo, há muita coisa que é dita apenas por ser socialmente correta. Deste modo, muito do que nos é transmitido, fruto da interpretação de cada um dos idosos, pode não corresponder à verdade, independentemente de os entrevistados acreditarem ou não no que estão a contar.

Outra das dificuldades sentidas prendeu-se com o processo de codificação das variáveis através do método de comparação. Este processo, com vista à obtenção da saturação dos dados, foi demorado, exaustivo e exigente que me obrigava a efetuar pausas regulares.

No desenvolvimento da minha sensibilidade teórica deparei-me com algumas dificuldades na atribuição de significado aos dados recolhidos. Quando analisávamos os discursos dos idosos tínhamos noção de que muito é dito por ser socialmente correto. Por outro lado, em todas as interações sociais há um ajuste mais ou menos consciente ao espaço social e ao interlocutor (Bourdieu, 1998). Nem sempre era fácil codificar e atribuir significação à informação que emergia.

Entrosar-me no programa NVivo também levou algum tempo.

Simultaneamente, não podemos ignorar o enraizamento social do investigador, o qual faz parte de um grupo específico com determinados interesses, esquemas de pensamento e problemáticas. Enfim, pertence a uma determinada cultura e, como tal, “é vulnerável à ilusão da evidência imediata ou à tentação de universalizar, inconscientemente, uma experiência singular” (Bourdieu, 1999: 91).

Constatamos assim, que a sociedade influencia o trabalho do sociólogo, mas, o trabalho deste também influencia a sociedade (Santos, 1989). Temos noção que nos limitamos a um pequeno universo, mas esperamos ter contribuído para entreabrir caminho no estudo da problemática da comunicação em saúde.

## Capítulo V - Dizer e Sentir o Corpo

### 5.1. O corpo doente: construção social da doença

A doença e a construção social que dela fazemos é o reflexo da sociedade onde estamos inseridos. Logo, a saúde é uma parte da cultura dos povos, como refere Michel Foucault (1954) e Susana Duarte (2002). Foucault afirma que “la enfermedad no tiene realidade y valor de enfermedad más que en la cultura que la reconoce como tal” (1954: 83).

A doença aparece antes do médico atuar o que significa que existe uma relação entre esta e o utente independentemente do médico. Numa primeira fase, o utente vive com um mal-estar e é quando decide consultar um profissional de saúde, geralmente o médico, que este mal-estar é transformado em doença. Para Claudine Herzlich (1996), a doença envolve dois comportamentos – a ida ao médico para a realização de um diagnóstico e a consequente atribuição de um nome à doença e a interrupção da atividade laboral. Esta interrupção permite que o doente assuma o que Talcott Parsons (1951) denominou de papel de doente através do qual o utente se retira dos papéis que desempenha no dia a dia.

A doença é assim, uma realidade construída de acordo com as experiências individuais, vivências sociais e crenças políticas e religiosas. António, Deolinda, Eduardo e Teresa de Godinhaços e Alice, Camilo, Conceição, Luís, Rodrigo, Miguel e Isabel de Gualtar são doentes preocupados. A este propósito António refere que a “*saúde, se a tem não a deve perder (...). Cuido-me muito, sou muito zeloso*” e Eduardo diz que “*temos de ter juízo, o interesse é nosso. É importante recuperar e manter a saúde para evitar piorar, ninguém fica cá eternamente. Se a vida puder ser gozada com o mínimo de sofrimento melhor!*”.

Não estabelecemos ligação entre o doente preocupado e o diploma escolar uma vez que além de Alice, Camilo e Luís, detentores de habilitações académicas mais elevadas, também António, Deolinda, Conceição, Luís, Miguel, Rodrigo, Miguel e Teresa, detentores de baixas habilitações académicas, se inserem igualmente nesta categoria. São 114 as referências feitas ao longo das entrevistas à categoria de doente preocupado. Evidente é que o número de idosos que se insere nesta categoria é maior na localidade de Gualtar. Luís assume-se igualmente como um grande lutador perante a doença estando patente no seu discurso uma enorme vontade de vencer as diversas situações de doença que tem conhecido. A expressão “*não me fui abaixo*” é demonstrativa deste estado de espírito.

Quatro idosos, Eva e Samuel de Godinhaços, Carolina e Guida de Gualtar são doentes bem-humorados. Estes idosos usam o humor como forma de combate à doença. Neste contexto, Eva diz “(...) *já não posso fazer muito, estou cheia de ferrugem... o que é que se há-de fazer?! (risos)*”.

Céu, Glória, Sónia de Godinhaços e José de Gualtar são doentes sofridos. Este sofrimento não é tanto físico, mas é mais referente à situação em que se encontram. Glória apresenta um discurso em que diz constantemente que sofre muito, mas que não é de se queixar referindo que “*já tenho dito que as chapas que a gente tira se dessem sinal do que sentimos elas faziam um barulho... (risos)*”. Apesar de ser uma idosa bem-humorada, o seu sofrimento sobressai ao longo de toda a entrevista. Por seu lado, José, acamado, testemunha sofrimento pela situação em que se encontra. Este sofrimento traduz-se numa grande tristeza pela falta de mobilidade e de sociabilidade a que está voltado devido à sua situação clínica.

Susana Duarte (2002) considera a doença como um absurdo, um acontecimento sem sentido e Boaventura de Sousa Santos (1987) como uma desordem, um mal-estar que provoca sofrimento na medida em que impede o utente de realizar as tarefas da sua vida diária. José Pereira (1993) vê a doença como um desvio social pois ela é uma fuga à normalidade, é algo que interrompe a rotina do quotidiano sendo, nesta perspetiva encarada como um evento passageiro.

Rita considera não ter nenhuma doença o que justifica a sua postura de despreocupação face à doença. Afirma constantemente não ter doença alguma, “*não tenho ido ao doutor, não tenho doenças*”, rejeitando o papel de doente nos termos de Talcott Parsons.

Como refere Susana Duarte (2002), ninguém é completamente igual depois de ter estado doente. Walter Hesbeen (1993: 27) afirma que “a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única, animada por um desejo de viver também único”.

A forma como o idoso sente e expõe o corpo em situação de doença, a doença que apresenta, a situação económica em que se encontra e o meio onde habita influencia a procura de cuidados médicos e reflete o tipo de comunicação que estabelece com os profissionais.

Expressando-se sem grandes dificuldades, a maioria dos idosos não se limita a descrever os sintomas e/ou tratamentos, mas refere também o nome da doença. Os idosos de Gualtar são os que descrevem

mais pormenorizadamente a sintomatologia e que fazem referência ao nome da doença, todavia, são também estes idosos que assumem ter mais doenças.

A maioria dos idosos entrevistados apresenta problemas de saúde do foro osteoarticular (18 idosos), cardiovascular (14 idosos), endocrinológico (13 idosos), hematológico (11 idosos), génito-urinário (10 idosos), neurológico (9 idosos), gastrointestinal (8 idosos), otorrinolaringologia (7 idosos), oftalmológico (4 idosos), respiratório (3 idosos), psiquiátrico (1 idoso).

**Tabela 3 - Sintomatologia dos idosos**

SUBSISTEMA	CONSTITUINTES DO SISTEMA	SINTOMAS	DOENÇA	EXAMES	UTENTE
Cardiovascular	Coração	Tensão alta Tonturas Aterosclerose	Hipertensão Coronária Enfarte	Eletrocardiograma Raio X Exame ao coração Prova de esforço Medição da tensão arterial Auscultação Cateterismo	Alice, António, Carolina, Deolinda, Eduardo, Eva, Guida, José, Luís, Miguel, Rita, Rodrigo, Samuel, Teresa
Endocrinologia e Metabolismo		Níveis elevados de potássio	Hipercaliemia		Rodrigo
	Pâncreas		Diabetes	Análises	Camilo, Carolina, Céu, Conceição, Eduardo, José, Rodrigo, Sónia
		Colesterol		Exame ao colesterol	Alice, Deolinda, Eva, Conceição
	Tiroide			Exame à tiroide	Carolina, Céu, Luís
Gastrointestinal	Estômago	Azia	Gastrite	Exame ao estômago	António, Deolinda, Glória
	Intestinos	Pólipos		Exame aos intestinos	Alice, António, Conceição, Glória, José
	Vesícula		Pedra na vesícula		Céu, Conceição, Luís

SUBSISTEMA	ORGÃO	SINTOMAS	DOENÇA	EXAMES	UTENTE
Génito-Urinário	Bexiga	Perda de urina		Exame à bexiga	Glória, José, Carolina, Sónia, Conceição
	Rim	Infeção			António
	Mama			Mamografia	Eva, Glória
	Próstata			Exame à próstata Ecografia à próstata	António, Rodrigo
	Útero	Útero deslocado		Papa Nicolau	Deolinda, Isabel
Hematológico	Sangue	Má circulação Plaquetas altas	Trombose	Análise ao sangue	Céu, Conceição, Deolinda, Eduardo, Eva, Isabel, José, Luís, Rodrigo, Samuel, Teresa
Neurológico	Cérebro	Dores de cabeça Nervos Falta de memória AVC	Epilepsia Stresse	TAC Raio X ao crânio	Camilo, Carolina, Conceição, Deolinda, Eva, Glória, Guida, Rodrigo, Teresa
Oftalmológico	Olhos	Dificuldades em ver	Astigmatismo Glaucoma	Exame à visão	Camilo, Carolina, Conceição, Sónia
Osteoarticular	Mão Joelho Anca Costas Perna	Falta de cálcio Dor de ossos	Reumatismo Artroses Osteoporose	Radiografia Raio X	António, Camilo, Carolina, Céu, Conceição, Deolinda, Eduardo, Eva, Glória, Guida, Isabel, José, Luís, Rita, Rodrigo, Samuel, Sónia, Teresa
Otorrinolaringologia	Ouvido	Ouvir mal		Audiograma	Carolina, Guida, José, Luís, Rodrigo
	Nariz		Renite alérgica		Deolinda, Alice
Respiratório	Pulmões	Falta de ar	Bronquite	Exame aos pulmões	Alice, António, Conceição
Psiquiátrico	Cabeça		Depressão		Alice

As doenças osteoarticulares tendem a aumentar com a idade e a acentuar-se nas próximas décadas devido ao envelhecimento das populações. Estas doenças contribuem para 3,4% da carga total da doença nos países desenvolvidos (Lucas & Monjardino, 2010) afetando 29,1% das mulheres e apenas 18,3% dos homens (Observatório Nacional de Saúde, 2005).

Problemas no sistema osteoarticular são evidenciados por praticamente todos os idosos (exceto Alice e Miguel) pelo que expressões como “*ando bem doente dos ossos*” (Teresa) são constantemente utilizadas pelos idosos. São diversos os que referem sintomas como a dor nos ossos (Carolina, Deolinda, Eduardo, Eva, Isabel, José, Rita, Rodrigo, Samuel, Sónia, Teresa) e a falta de cálcio (Glória). Em relação a doenças do foro osteoarticular, os idosos referem ter reumatismo (Guida), artroses (Camilo, Carolina, Céu, Conceição, Rodrigo, Samuel) e osteoporose (Carolina, Céu). Quanto a exames médicos, os idosos referem as radiografias e o raio X, à mão (Conceição), ao joelho (Carolina) e à perna (Luís).

Os idosos mostram ter, em segundo lugar, doenças do foro cardiovascular as quais foram, em 2015, responsáveis por 29,7% das mortes em Portugal, sendo a principal causa de morte em Portugal (Ministério da Saúde, 2018). De salientar que, em 2015, verificou-se, no entanto, uma redução de 55% na mortalidade por doença cardiovascular (OECD, 2017).

A este nível, os idosos apresentam problemas de coração com sintomas como tensão arterial alta (Alice, António, Carolina, Deolinda, Eduardo, Eva, Guida, José, Rita, Rodrigo, Samuel, Sónia, Teresa), tonturas (Luís) e aterosclerose (Eduardo, Luís). A hipertensão arterial é um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos. É mais prevalente nos homens do que nas mulheres e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos (Ministério da Saúde, 2018).

Além disso, afirmam ter doença coronária (Eduardo, Miguel, Luís) e hipertensão, sendo curioso que apenas Eduardo e José fazem referência ao nome desta doença. Luís afirma ter “*uma artéria que estava entupida e foi substituída por um tubinho*” e os restantes idosos (Guida, Isabel, Luís, Miguel) referem ter “*problemas cá no coração*” (Miguel).

A nível endocrinológico, os idosos referem ter diabetes (Camilo, Carolina, Céu, Conceição, Eduardo, José, Rodrigo). A diabetes afeta 10% da população portuguesa (entre os 25 e os 74 anos), sobretudo os homens e os grupos etários com mais idade: 23,8% dos indivíduos entre os 65 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2018). A dislipidemia, tradicionalmente designada por colesterol, é outra das patologias que os idosos referem ter (Alice, Conceição, Deolinda, Eva) sendo que, são 63,3% os portugueses (25-74 anos) (Ministério da Saúde, 2018) que apresentam níveis elevados de colesterol.

Alguns idosos aludem ter problemas de tiroide (Carolina, Céu), e Rodrigo refere ter uma hipercaliemia ao referir que *“não posso comer muita fruta, laranjas, quivis, tenho muito potássio”*. Quanto a exames médicos, os idosos afirmam que fazem análises ao sangue para a diabetes (Camilo), ao colesterol (Eva) e à tiroide (Céu).

As doenças endócrinas estão entre as principais causas de morte em Portugal, no ano de 2014, representando 5% das mortes (Direção-Geral de Saúde, 2017). Assim, em relação ao sistema hematológico, são vários os idosos que referem sintomas como ter má circulação do sangue (Luís, Rodrigo) e plaquetas altas (Luís). Apenas um idoso diz ter tido uma trombose na perna (Teresa) e vários assumem ter feito/fazerem com frequência análises ao sangue (Céu, Conceição, Deolinda, Eduardo, Eva, Isabel, José, Luís, Samuel, Teresa). A este propósito Deolinda conta que a médica de família *“marca-me para ir de 6 em 6 meses fazer as análises a tudo”*.

As doenças génito-urinárias estão, em 2014, entre as dez principais causas de morte em Portugal tendo-se registado neste ano, 2881 óbitos em Portugal (Direção-Geral de Saúde, 2017). Em relação ao sistema génito-urinário, os idosos apresentam diversos problemas. Ao nível genital, são feitas diversas referências a exames e ecografias à mama (Eva, Glória), à próstata (António, Rodrigo) e ao útero (Deolinda, Isabel). Um idoso refere ter problemas na próstata (Rodrigo). Em relação ao sistema urinário, são feitas alusões à bexiga e a sintomas como a perda de urina (Carolina, José), infeção (Conceição, Sónia) e a exames médicos (Glória) sendo que Glória refere *“estou atrapalhada da bexiga”*. Quanto aos rins, são relatados sintomas como a infeção e a dor (António) de modo que António afirma *“doí-me muito os rins”*.

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2017), as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos fazem parte dos dez principais grupos de causas de morte em Portugal, tendo em 2014 registado-se 3554 óbitos devido a doenças neurológicas.

No que diz respeito aos problemas do foro neurológico, são relatados alguns sintomas como as dores de cabeça (Deolinda, Eva), os nervos (Glória), a falta de memória (Camilo, Conceição, Eva, Rodrigo, Teresa) e o acidente vascular cerebral (AVC) (Carolina). São também narradas doenças como a epilepsia (Glória) e o stresse (Guida). Guida, cujo marido está acamado há 18 anos, declara que lhe dá *“uma dorzita do lado esquerdo [peito], são artérias mais apertadas, é uma questão de stresse”*. Em relação aos exames, Carolina afirma *“fui fazer outro TAC”* e Isabel refere ter feito *“uma chapa à cabeça”*.

De problemas gastrointestinais alguns idosos afirmam ter sintomas de azia (António) e de inflamação (Glória). Realizam exames ao estômago (António) e revelam ter uma gastrite (António, Deolinda). Glória

diz que tem “*o estômago inflamado*”. Em relação aos intestinos, referem sintomas como os pólipos (Conceição), infeções (António) e exames realizados (Alice, Conceição) e, outros idosos simplesmente contam ter tido “problemas de intestinos” (Alice, Glória, José). Quanto à vesícula, os idosos comentam ter problemas (Céu, Conceição) e pedra na vesícula (Luís).

Nos problemas de otorrino, ao nível dos ouvidos, são evidenciados sintomas de fraca audição (Carolina, Guida, Rodrigo, José) e problemas não especificados nos ouvidos (Luís). Rodrigo diz “*eu ouço um bocadinho mal*”. Os exames médicos aos ouvidos “*para ouvir sons altos e baixos*” são realizados apenas por Guida. É também narrada uma doença do nariz, a rinite alérgica (Alice) e, neste contexto Alice conta “*tenho uma rinite alérgica bastante acentuada, mas tudo são coisas bem pequenas para o que se vê*”.

Quanto a problemas do foro oftalmológico, a WHO (2013b) considera que os problemas de visão são mais frequentes nos idosos sendo que, em 2010, 65% das pessoas portadoras de défice de visão tinham mais de 50 anos de idade. Em Portugal, de acordo com dados do relatório Estratégia Nacional para a Saúde da Visão do Serviço Nacional de Saúde (2018), os principais problemas de visão dos adultos incluem, entre outras doenças, o glaucoma.

Os idosos afirmam ter astigmatismo (Camilo) e um glaucoma (Sónia) além de sintomas de uma fraca visão (Carolina). Carolina afirma que “*desde que me deu isto [AVC] fiquei a ver mal*”. Quanto a exames realizados, Conceição relata “*faço as sondagens à vista todos os anos pelo hospital*”.

De acordo com o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2018), desde 2015 que estas doenças são a terceira causa de morte em Portugal. As doenças do aparelho respiratório, de elevada prevalência, são responsáveis por cerca de 19% dos óbitos, sendo esta mortalidade uma das maiores da Europa.

Em relação ao sistema respiratório, são vários os idosos que dizem sofrer de doenças pulmonares (Alice, António, Conceição). António refere “*tinha cansamento nos pulmões*”. Apresentam também alguns sintomas de doença respiratória como “*pulmões cansados*” (António) e falta de ar (Conceição). Em relação aos exames médicos, há quem os faça regularmente (António, Deolinda) e quem apenas faça de rotina (Eva).

Na síndrome depressiva, são os distúrbios psiquiátricos que mais prevalecem nos idosos. Tem-se verificado um aumento da prevalência desta doença nas últimas décadas sendo um dos principais problemas de saúde nos países desenvolvidos (Chapman & Perry, 2008). Apenas uma idosa (Alice) refere ter depressão “*uma coisa que me afeta muito é a depressão*”.

Os dados da OCDE (2017) referem que os idosos portugueses são mais doentes e incapacitados sendo o número de anos de vida saudável depois dos 65 anos de 6,2 anos, inferior à média da OCDE que é de 9,4 anos. Além disso, a população idosa com algum tipo de incapacidade é de 45,5%, muito superior à da OCDE que é de 32,7%.

A medicina familiar, acessível a todos os cidadãos é a especialidade médica que todos os idosos referem. Os idosos de Gualtar apresentam um maior número de doenças e, tomam mais medicação. São aqueles que consomem mais consultas médicas, especialmente de medicina geral e familiar, de medicina dentária, de nutrição e de fisioterapia. As especialidades médicas que estes idosos mais referem são a medicina geral e familiar (10 idosos), medicina dentária (7 idosos) e cardiologia (5 idosos), seguida do otorrinolaringologista, denominada simplesmente de otorrino (4 idosos), oftalmologia (3 idosos) e endocrinologia (3 idosos). A dermatologia, a ginecologia e a ortopedia são especialidades referidas apenas uma vez.

Os idosos de Godinhaços mencionam menos especialidades médicas. Todos fazem referência à medicina geral e familiar, à ortopedia (3 idosos), à oftalmologia (2 idosos), ao otorrinolaringologista (1 idoso) e ao cardiologista (1 idoso). Samuel e Sónia fazem alusão à fisioterapia, Eduardo, Rodrigo, Samuel e Sónia falam na área da nutrição.

Daqui se evidencia a relação entre o diploma escolar e a referência a especialidades médicas uma vez que os idosos de Gualtar são detentores de mais habilitações académicas e são os que mais especialistas referem. Demonstram uma maior consciência das suas doenças tendo realizado mais exames de diagnóstico para as detetar, recorrendo, deste modo, com mais frequência, a médicos especialistas e a profissionais de saúde.

Os idosos de Gualtar são também, os que mais se referem a especialistas, mas, nem sempre fazem referência ao nome da dita especialidade. Conceição fala em *“médico dos diabetes”*, Guida fala em *“consulta do ouvido”* e em *“especialista da garganta”*, Isabel em *“consulta pro coração”* e Luis ora refere a especialidade, otorrino, dentista e cardiologista ora fala na médica que tem *“especialidade de crianças”*, *“médica especialista do sangue”* e a que *“estava a tratar da tiroide”*. Miguel refere-se à *“médica operadora”* e Rodrigo ao *“médico da próstata”*.

Os idosos de Godinhaços, detentores de habilitações académicas mais baixas e aparentemente mais saudáveis dado as patologias que ostentam, referem simultaneamente um menor número de especialidades e, na maior parte das vezes, não referem o nome da especialidade. Deolinda fala em *“senhor doutor da anca”*, *“senhor doutor Paulo Marques da vista”*, Glória em *“senhor que me operou aos joelhos”* e Sónia em *“médico dos jogadores”*.

Apenas Isabel e Miguel de Gualtar não referem o nome da doença que padecem limitando-se a dar indicadores de doença. Miguel afirma, *“eu só tomo comprimidos para a tensão e tomo uma aspirina todos os dias para o coração, diz que é para dilatar o sangue, não sei”*.

Eva, Rita, Samuel e Teresa de Godinhaços também se limitam a fornecer indicadores de doença. Samuel relata, *“ando mal das costas. Custa-me a andar das pernas, e dos braços estou mais ou menos bem, as pernas é que não querem andar”*.

Da construção da doença dos idosos sobressai aquilo que o sociólogo Arthur Frank (1995) considera a marca da contemporaneidade, a experiência individual de vivência da doença durante um longo período. Luísa Silva (2008a) reforça a ideia ao afirmar que assistimos a uma realidade em que se vive a doença com saúde.

Cada utente tem uma perspetiva única da sua doença e a forma como a entende, vive, explica e procura cuidados médicos, é o resultado das práticas e saberes que detêm da doença, isto é, da construção individual que dela faz.

## **5.2. Cuidar do corpo**

A forma como os idosos dizem e sentem o corpo na saúde e na doença está relacionada com estilos de vida pelo que cada idoso vive o corpo e fala dele de acordo com o grupo social a que pertence (Boltanski, 1971). Numa perspetiva subjetiva, vivenciam o cuidar do corpo procurando diversos cuidados médicos.

Numa fase inicial, o utente relaciona-se com a sua doença e é apenas quando converte o problema que o incomoda num sintoma que recorre ao médico (Balint, 1998). A procura de cuidados de saúde, nomeadamente a ida ao médico, é um ato social (Duarte, 2002) que pressupõe que o indivíduo recorra a instituições de saúde e adote novos papéis e estilos de vida de acordo com as normas sociais e culturais da sociedade onde se insere (Duarte, 2002, Parsons, 1951).

Os idosos, como veremos mais adiante, em situação de doença procuram essencialmente o médico, embora também recorram à religião, a Deus e aos santos, bem como às medicinas alternativas. Sendo a procura dos cuidados médicos condicionada pelas práticas culturais e pela inserção social, é necessário conhecer os saberes e as representações sociais da doença (Hespanha, 1987).

A cultura médica do idoso também influencia o ato de procura de cuidados de saúde bem como a forma como cada um percebe os seus sintomas e os transmite (Nunes, 1997, Duarte, 2002).

A doença depende de comportamentos e condutas de cada um e envolve, segundo Claudine Herzlich (1996), o *“fond de santé”*, isto é, a reserva de saúde de cada um (robustez, força e resistência), sendo

que, quanto mais saudáveis forem os estilos de vida dos idosos maior será a saúde e menor a probabilidade de desencadear doença (Herzlich, 1996). Michael Grossman (1972) partilha desta ideia afirmando que cada indivíduo tem um *stock* de saúde que se vai desgastando ao longo da vida atendendo aos modos de vida e ao investimento que é feito na saúde (consultas médicas de rotina, hábitos alimentares e de vida saudáveis).

A procura de saúde e de cuidados de saúde é um processo individual. Ao dirigir-se a um profissional de saúde, os idosos procuram alguém que os ouça e que, de acordo com os sintomas que apresenta, os reconheça como doente e lhes atribua uma doença (Parsons, 1951).

Ir ao médico é um bem de investimento que visa aumentar o *stock* de saúde do idoso de forma a diminuir as incapacidades. Para manter o seu *stock* de saúde, é fundamental que o indivíduo consuma os cuidados médicos de forma apropriada (Grossman, 1972).

Atentemos nas formas de consumo dos cuidados de saúde por parte dos idosos.

Sendo a doença uma ameaça ao desempenho dos papéis para os quais os indivíduos foram socializados, é também a principal razão da ida ao médico – *“Eu não estou doente sabe. Se estiver muito mal, lá terei que ir...”*, Rita.

Dos dezasseis idosos que consultam o profissional de saúde quando estão doentes, seis deles afirmam ir raramente ao médico (Isabel de Gualtar, Céu, Eva, Rita, Sónia e Teresa de Godinhaços). Estes seis idosos são todos do sexo feminino e detêm baixas habilitações académicas. Está presente a ideia de Michael Grossman (1972) de que os investimentos em saúde tendem a diminuir consoante as habilitações de cada um. Por outro lado, pessoas com mais habilitações poderão fazer investimentos em saúde de forma mais eficiente pois têm mais recursos. De facto, os idosos com mais habilitações literárias são também os que vão com mais frequência ao médico e habitam quase todos em Gualtar.

Salientamos a Céu que esteve muitos anos sem frequentar o médico de família, *“foi-se embora e eu não tornei lá. Quem não tem arruma-se”*. Recentemente, foi-lhe atribuído um médico de família, foi a uma primeira consulta e já tem outra marcada para daqui a 6 meses, contudo, o seu discurso continua a ser o de quem não frequenta o médico de família. Também Teresa afirma ir ao médico de família de seis em seis meses embora só lá vá buscar a medicação e não ser consultada.

Os idosos de Godinhaços são os que mais recorrem ao médico por doença e, são também os que menos se preocupam em frequentar as consultas de rotina. A preocupação com estas consultas é mais visível nos idosos de Gualtar (9 idosos) do que nos de Godinhaços (5 idosos) o que pode ser explicado pelo facto de os idosos de Gualtar aparentarem ser mais doentes e, como tal, assumirem

uma postura mais preventiva face à doença, mas, também pode ser explicado pela maior necessidade dos profissionais de saúde em mantê-los sob vigilância devido a um estado clínico mais débil.

Por outro lado, os idosos de Gualtar consultam regularmente este profissional de saúde embora o façam por imposição do médico de família que faz a marcação das consultas a sete idosos de Gualtar enquanto em Godinhaços apenas quatro idosos referem ser o médico de família a fazer as marcações. Os enfermeiros também fazem a marcação das consultas a três idosos de Gualtar. Os idosos de Godinhaços são os que mais marcam as consultas por iniciativa própria, mas também são os que mais afirmam ir ao médico quando estão doentes (9 idosos). Glória assevera ainda não ter ido ao médico de família porque “*ainda não fez falta, ainda não fez falta*”.

Ao frequentar mais assiduamente o médico de família, o idoso de Gualtar evidencia uma preocupação maior com a sua saúde e em envelhecer bem.

A pouca atenção atribuída ao corpo é curiosa nos idosos de Godinhaços onde a maior ocupação diária são as atividades agropecuárias, nomeadamente o trabalho no campo e, como tal, deveria ser maior a atenção atribuída ao corpo por ainda ser um instrumento de trabalho. No entanto, ocorre precisamente o contrário, os idosos por serem detentores de um número reduzido de doenças e de tomarem menos medicação também estão menos predispostos à prevenção, recorrendo ao médico essencialmente quando estão doentes. Além disso, não dispõem de grande tempo para estar doentes, o trabalho do campo e o tratamento dos animais não espera. É só quando atribuem os sintomas a uma doença que consultam o médico. Embora não demonstrem grande preocupação na utilização de cuidados preventivos, não significa que os idosos de Godinhaços não tenham um envelhecimento ativo e saudável e com QdV, simplesmente valorizam outras atividades, nomeadamente sociais e não apenas a saúde (Bowling & Iliffe, 2011).

São também os idosos de Gualtar que mais utilizam o automóvel para se deslocarem aos serviços de saúde embora apenas o Camilo e o Luís possuam este meio de transporte. Os restantes idosos (Isabel, Miguel, Rodrigo, Carolina, Guida e José) deslocam-se nos automóveis dos filhos ou genros. Tal situação torna-os dependentes da disponibilidade e boa vontade dos familiares. O inverso ocorre em Godinhaços onde a maioria dos idosos (António, Céu, Deolinda, Eva, Glória, Rita, Samuel e Sónia) se desloca aos serviços de saúde de camioneta o que é demonstrativo da maior autonomia destes face aos familiares e também pode explicar a ausência das consultas de rotina por parte de alguns idosos.

Não podemos relacionar esta despreocupação na prevenção da doença por parte dos idosos de Godinhaços com a relação por eles estabelecida com os profissionais de saúde que é de confiança (20 idosos). Além disso, a maioria dos idosos (dezas seis idosos, oito de cada uma das freguesias)

considera que o tempo de permanência no consultório médico é suficiente e dois que é muito tempo (Camilo e Conceição de Gualtar).

Outras razões apontadas pelos idosos para irem ao médico prendem-se com a procura de documentos referentes ao receituário (Alice e Luís de Gualtar e Rita, Sónia, Teresa de Godinhaços) e à realização de exames (Luís de Gualtar e Deolinda, Eva, Glória de Godinhaços).

A procura regular dos serviços públicos deve-se essencialmente ao fator económico, aos meios, instalações e recursos humanos, bem como à proximidade da residência (Cabral & Silva, 2002). Dos idosos entrevistados apenas cinco deles procura regularmente cuidados médicos no particular. Quatro deles são de Gualtar, Alice, Camilo, Carolina e o Luís e um de Godinhaços, Eduardo, sendo que, todos eles, exceto o Luís, beneficiam do subsistema de saúde ADSE, direta ou indiretamente.

Grande parte dos idosos já recorreu a serviços médicos particulares. Essa procura deve-se essencialmente ao atendimento (Alice, António e Carolina), à excelência dos médicos (Alice, Camilo, Carolina) e à qualidade dos serviços prestados (Eduardo, Alice, Luís, Camilo). A rapidez no atendimento é, segundo o estudo de Manuel Cabral & Pedro Silva (2002) bem como o de José Mendes Ribeiro (2009), a principal vantagem do setor privado.

Alice, Camilo e Carolina procuram cuidados médicos particulares de clínica geral, Luís e Eduardo de cardiologia, Luís e Camilo dentários e Carolina de oftalmologia.

Conceição, Guida, Isabel, Rodrigo (Gualtar) e Sónia (Godinhaços) procuram esporadicamente médicos particulares – Oftalmologia (Conceição), otorrino (Guida), cardiologista (Isabel), clínica geral (Rodrigo), ortopedista (Sónia) e médico dentista (Isabel e Guida). Destes idosos, Rodrigo, Isabel e Guida usufruem de forma indireta do subsistema de saúde ADSE, por parte dos filhos. Apesar de tudo, o médico privado é um ator de saúde pouco utilizado.

Concluimos que os idosos recorrem a consultas no privado essencialmente de especialidade dentária (Alice, Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís e Miguel), de cardiologia (Guida, Isabel, Luís de Gualtar, Eduardo de Godinhaços), de otorrinolaringologia (Alice, Guida, Luís e Rodrigo de Gualtar, Eduardo de Godinhaços), de oftalmologia (Carolina, Conceição de Gualtar e Eduardo de Godinhaços), de ortopedia (Guida de Gualtar e Sónia de Godinhaços) mas também de clínica geral (Alice, Camilo, Carolina, Rodrigo de Gualtar e António de Godinhaços). A procura da especialidade médico-dentária no serviço particular deve-se ao défice da oferta desta no Sistema Nacional de Saúde. Os que mais recorrem a consultas privadas são os que detêm mais habilitações académicas e maiores rendimentos. Os idosos menos escolarizados e profissionalmente relacionados com trabalhos manuais preferem o

sistema público. Tais conclusões vão ao encontro do estudo efetuado por Manuel Villaverde Cabral & Pedro Alcântara da Silva (2002).

Constatamos assim, que mais de metade dos idosos de Gualtar (Alice, Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Rodrigo) recorre com frequência ou esporadicamente a serviços médicos particulares<sup>24</sup> em contraposição aos idosos de Godinhaços onde apenas três deles (Eduardo, Rita, Sónia) recorrem a estes serviços particulares.

As instituições privadas de Saúde têm assumido um papel de crescente importância em parte graças ao aumento da procura de cuidados de saúde particulares. Tendo presente esta realidade José Mendes Ribeiro (2009) defende a liberdade de escolha do sistema de saúde considerando que esta é a melhor forma de estimular a competição pela competência e eficiência. Neste sentido, apresentou uma proposta interessante em que considera possível organizar o SNS nos moldes da ADSE tornando o primeiro mais viável em termos económicos e de eficiência. A ousadia desta proposta assenta na liberdade de escolha dos cidadãos.

Na maioria das vezes, os idosos recorrem aos serviços de saúde fazendo-se acompanhar dos filhos (9 idosos de Gualtar e 7 de Godinhaços). Por vezes, vão sozinhos ao médico (5 idosos), com os cônjuges (3 idosos), com a nora, o neto ou o genro (2 idosos) embora os idosos prefiram ir acompanhados com receio de não perceberem o que lhes é dito ou de se esquecerem de algo importante.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que os idosos de Godinhaços vão ao médico quando se encontram doentes e que os de Gualtar procuram regularmente este profissional através de consultas de rotina. A maioria dos idosos opta pelo Serviço Nacional de Saúde e a procura de médicos particulares recai nas especialidades médico-dentária, cardiologia e oftalmologia. Os idosos que mais recorrem a serviços médicos particulares são os que detêm mais habilitações académicas e maiores rendimentos.

### **5.3. O corpo fala**

Partindo da máxima de Paul Watzlawick (1973) de que todo o comportamento é comunicação e de que toda a comunicação afeta o comportamento não descuramos a análise corporal dos idosos.

#### **5.3.1 – Linguagens do corpo nos idosos do apoio domiciliário**

Ao longo deste capítulo vamos-nos debruçar sobre a comunicação silenciosa do corpo dos idosos do apoio domiciliário do Centro Social de Gualtar e da Associação Social, Cultural, Recreativa e Desportiva

---

<sup>24</sup> Alice, Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís

de Nogueiró para conhecer a comunicação não-verbal do idoso com o seu cuidador (Anexo 4) e verificar se esta traz vantagens ao nível da satisfação e aumenta, quer a qualidade da informação passada, quer a QdV do idoso.

Na senda dos estudiosos do Colégio Invisível de Palo Alto, vamos analisar as manifestações corporais dos idosos não expressas por palavras (perspetiva cinésica), a relação de distância entre os indivíduos e a organização dos objetos no espaço enquanto formas de construção do sentido (perspetiva proxémica) e a paralinguística tendo presente a ideia da impossibilidade de não comunicar (Watzlawick, 1973).

Privilegiamos a observação *in loco* da interação humana idoso/cuidador indo ao encontro daquilo que é defendido pela escola de Palo Alto ao observar os comportamentos dos idosos no seu meio natural, a sua habitação, tendo presente que “nonverbal acts are learned as part of a social interaction” (Ekman & Friesen, 1969: 59).

Cinésia<sup>25</sup> vai ser estudada atendendo às expressões corporais dos idosos, nomeadamente os gestos das mãos, os movimentos da cabeça, a postura corporal, e a expressão facial, isto é, a face e o movimento ocular.

Observamos a linguagem corporal dos idosos no contexto da casa sendo este contexto que dá significado ao gesto. Para o antropólogo Ray Birdwhistell (1970), os comportamentos corporais dos idosos são culturais e os gestos, enquanto realidade apreendida, assumem um significado próprio atendendo ao contexto pessoal, familiar e social em que se encontram. Em última instância, estes gestos são culturais.

Em cada cultura existem gestos específicos, culturalmente reconhecidos e validados, os quais assumem especial relevo nos idosos que recebem cuidados do apoio domiciliário (Birdwhistell, 1970, Davis, 1979, Le Breton, 2009). Partindo da ideia que os gestos não têm um significado pré-definido, mas estão sujeitos à interpretação do espetador (Le Breton, 2009) vamos analisar os movimentos das mãos dos idosos, que são o gesto que mais sobressaiu do trabalho de campo efetuado, no contexto cultural onde ocorrem.

Do que foi observado, os idosos usam gestos cujo significado é conhecido pelos elementos do apoio, transmitidos intencionalmente, para substituir a palavra ou para a reforçar (Ekman, 2011, Ekman & Friesen, 1969): acariciar as mãos das funcionárias como forma de agradecimento (Manuel, Rui), acenar a mão para cumprimentar ou despedir (Artur, Maria, Bernardino). Mãos que mexem nervosamente para demonstrar o sofrimento físico que a higiene acarreta para um corpo sofrido e

---

<sup>25</sup> Provém da palavra grega Kinésia e significa movimento

desgastado pela idade e pela doença (Graça, Adelaide) ou em sinal de pudor, o puxar nervosamente o lençol para cima para tapar o corpo (Adelaide, Antónia, Áurea, Palmira). Por vezes, as mãos mexem constantemente na roupa em sinal de desagrado pela aparência física (Antónia, Bernardino). As mãos também são colocadas no regaço em sinal de desinteresse, afastamento (Augusta, Elisa, Palmira). Cada gesto é linguagem pois ao estar carregado de sentido exprime e comunica ao outro determinadas reações. O gesto "*socially learned and thus, like language, culturally variable*" (Ekman, 2004: 39) envolve geralmente mãos, cabeça e movimentos faciais.

Os gestos ilustradores do discurso, movimentos que acompanham o discurso não existindo fora dele, são usados por muitos idosos de forma intencional para ajudar a comunicação geralmente em situações de grande emotividade quando os idosos estão mais entusiasmados ou tensos (Ekman, 2004, Ekman & Friesen, 1969). Ray Birdwhistell (1970), que reconhece não ter encontrado a gramática da gestualidade, diferencia o gesto do gesticular. Enquanto o primeiro é característico de determinada situação e tem um significado específico, o segundo é universal. David Le Breton (2009) afirma que a comunicação é ambígua daí que nem toda a gestualidade possa ser explicada. Muitos são aqueles que gesticulam para dar ênfase à comunicação verbal (Bernardino, Maria, Armando, Rosa, Carolina), ou como forma de desagrado para com o apoio domiciliário (Carlos) acentuando uma afirmação ou negação.

As mãos de cada um acompanham e realçam as palavras. Os gestos provenientes de um corpo socialmente construído realçam a subjetividade e a individualidade do idoso dando ao corpo um significado social (Le Breton, 2009).

O gesto, enquanto forma de comunicação dos idosos, expressa sentimentos e pensamentos. A maior parte dos gestos produzidos pelos idosos falantes durante a fala estão relacionados com as mensagens comunicativas e, neste sentido, Susan Goldin-Meadow & Susan Wagner (2005) consideram que o gesto e a fala estão estritamente relacionados apesar do gesto não ter forma de linguagem. O gesto é assim uma parte integrante da linguagem podendo igualmente transmitir informações que não estão presentes no repertório verbal do falante.

Também foram identificados gestos reguladores nos idosos os quais visam organizar o discurso. São movimentos produzidos por quem fala e por quem ouve com o objetivo de manter e regular uma conversação. Os gestos reguladores mais usuais dizem respeito aos movimentos de cabeça e ao comportamento visual. Salientamos o acenar com a cabeça em sinal de concordância ou de anuência, as pausas que são feitas para dar a palavra ao outro ou para evitar que este nos tire a palavra, ou a

diminuição do contacto visual para mostrar que a conversa terminou. Estes movimentos estão enraizados nos idosos e são, de certa forma, involuntários (Ekman, 2004, Ekman & Friesen, 1969).

Os comportamentos não-verbais adaptadores<sup>26</sup> são independentes da linguagem e referem-se a atividades em que se usa uma parte do corpo ou de um objeto. Os idosos acamados frequentemente demonstram cansaço ao abrir a boca, muitos friccionam as mãos em sinal de satisfação pela chegada do apoio e da sensação de bem-estar que este lhes traz juntamente com momentos de satisfação e convívio.

Em relação aos movimentos da cabeça, outra forma de expressão corporal, estes funcionam como indicadores do andamento da interação (Corraze, 1980, Davis, 1979, Pierre, 1991). Em relação a estes movimentos, observamos que os idosos acompanham o trabalho dos funcionários movimentando a cabeça na direção em que se encontram, o que se revela uma prática de respeito e atenção olhar para o falante quando ele se dirige ao outro (Goffman, 1981). No fim da higiene, os idosos acamados que estão deitados recostam a cabeça na almofada em sinal de satisfação e bem-estar (José, Antónia, Hilário, Marta, Carlos, Florinda e Áurea), ou então para descansar pois a higiene torna-se um ato de sofrimento para os idosos que se encontram fisicamente muito debilitados, como é o caso da Adelaide e da Graça. O Carlos também demonstra grande sofrimento durante a higiene, mas no fim desta, sorri e denota-se satisfação e bem-estar o que não acontece com a Adelaide e a Graça que mantêm o rosto fechado. Todos estes idosos quando recostam a cabeça sorriem (com exceção da Graça e da Adelaide) e como que desligam do que se passa no quarto. Fecham os olhos e abstraem-se do que é dito ou feito. O Artur, utente oncológico, abana regularmente a cabeça, baixa o olhar e mantém o rosto cabisbaixo com o semblante carregado enquanto lhe limpam a sonda gástrica denunciando sofrimento físico, mal-estar e insatisfação face à sua situação clínica. A Maria, utente com esclerose múltipla, tem momentos em que, no meio da boa-disposição, baixa o olhar, com o semblante carregado, demonstrando grande preocupação e angústia, quer com a evolução da sua doença e as incapacidades cada vez mais visíveis que esta acarreta, quer com a forma como o marido lida com toda a situação.

Relativamente à postura corporal<sup>27</sup>, isto é, à forma como os indivíduos se movimentam, os idosos acamados estão deitados numa posição horizontal ou com o tronco ligeiramente inclinado para trás, posição confortável para a situação em que se encontram. Weill Pierre (1991) postula que esta postura

---

<sup>26</sup> Pensa-se que se desenvolvem na infância e visam a adaptação a situações específicas como a satisfação das necessidades, o domínio das emoções ou o desenvolvimento de contactos sociais. Surgem sem qualquer aviso ou deteção prévia, tal como coçar, sentar-se numa posição mais confortável. Podem ser considerados pistas para o que realmente a pessoa pensa, revelando o desconforto ou nervosismo perante a situação vigente pois não tem a finalidade de ser usados na comunicação.

<sup>27</sup> O gesto é um movimento de uma ou várias partes do corpo e a postura é uma ação que envolve vários gestos no processo comunicativo.

nem sempre significa rejeição e recusa podendo ser sinónimo de conforto. O Hilário está relaxado durante toda a higiene, conversa e sorri, todos os outros idosos estão tensos, quer devido ao sofrimento que advém da debilidade física em que o corpo se encontra (José, Adelaide, Graça) nomeadamente devido às escaras (Carlos), quer devido à vergonha que sentem por ter o corpo despido (Antónia, Marta, Áurea). Finda a higiene, grande parte dos idosos altera o seu comportamento, sorriem e demonstram bem-estar, conforto, ficando recostados com o tronco ligeiramente inclinado ou então são colocados no cadeirão.

Elisa, Bernardino e Palmira são utentes acamados que normalmente estão numa cadeira de rodas, sentados na cama ou num cadeirão. Elisa e Bernardino estão relaxados e sorridentes durante toda a higiene e, no fim desta, ficam sentados com o corpo ligeiramente inclinado para a frente. Este tipo de orientação corporal, segundo a literatura científica, é um sinal de interesse pela conversa e pelos interlocutores (Corraze, 1980, Davis, 1979, Knapp, 1988, Piere, 1991), de simpatia para com as funcionárias do apoio (Pease & Pease, 2005), uma atitude afetiva em que se comunica intenções de aproximação (Corraze, 1980).

Palmira está relaxada e durante a higiene fica tensa, mais agitada, mantendo-se agarrada a um lenço de pano, só sossegando quando é vestida, evidenciando vergonha. Antónia, Artur e Carlos apresentam uma postura corporal tensa com o corpo ligeiramente inclinado para trás evidenciando rejeição e afastamento (Corraze, 1980, Pierre, 1991). Artur mostra uma atitude abatida tendo a cabeça curvada sobre o tronco e os ombros caídos. Por seu lado, Carlos apresenta uma atitude de rejeição onde a cabeça, o tronco e os ombros estão estendidos.

Maria, sempre que se refere à sua situação clínica incapacitante e ao desgosto de ver o sofrimento do seu marido, e o Artur assumem esta postura, com o corpo ligeiramente inclinado para trás, assumindo uma posição de afastamento e de rejeição da doença e da situação em que esta os colocou. Carlos não aceita que outros tratem da sua higiene principalmente sendo elas mulheres, sente-se envergonhado. Os restantes idosos não acamados aceitam bem o apoio mantendo-se relaxados, sorridentes, conversadores (a maior parte das vezes) e com o corpo ligeiramente inclinado para a frente (Pease & Pease, 2005, Pierre, 1991).

Estas posturas corporais evidenciam a atitude afetiva dos idosos e ajudam a regular a comunicação ao informar os interlocutores das intenções comunicativas de aproximação, de desafio, de rejeição ou de ameaça (Corraze, 1980). A postura corporal indica assim, a relação estabelecida entre os interlocutores, nomeadamente as intenções comunicativas. A posição frente a frente demonstra interesse, positivo ou negativo, na pessoa e o posicionamento paralelo revela interesse e construção de

objetivos comuns. No que observamos, estão presentes estes tipos de posicionamento que indiciam o interesse das funcionárias nos idosos e vice-versa, sendo que estas posições facilitam a interação e a comunicação (Hall, 1994, Schefflen, 1964).

Os idosos assumem diversas posturas consoante a situação social em que se encontram, sendo que essa postura põe em evidência o caráter do idoso (Schefflen, 1964) e o seu estado emocional de tensão ou de descontração (Mehrabian, 2007). O corpo assume assim, determinada postura que mais não é do que uma fachada usada para evidenciar ou esconder sentimentos (Goffman, 1989). J. Gumperz (1982) fala em pistas de contextualização de natureza linguística, paralinguística e extralinguística que os idosos e cuidadores vão deixando ao longo da interação e que são interpretadas pelos intervenientes. Estes movimentos corporais dos idosos com significados pré-estabelecidos nos meios em que estes estão inseridos, são emblemas para Margaret Mead (Davis, 1979), característicos de determinadas culturas, embora culturas diferentes possam usar o mesmo emblema com significados diferentes.

O rosto assume-se como um canal de comunicação singular, é “*one of the primary sites of emotional expressions*” (Ekman, 2004: 46). É o desencadeador social privilegiado (Corraze, 1980) que permite ao idoso abrir ou fechar canais de comunicação, complementar ou clarificar respostas verbais e/ou não verbais e recomeçar a falar. Cabe às funcionárias do apoio domiciliário ler e interpretar estas informações tendo sempre presente que nem todas as pessoas detêm a mesma capacidade de comunicar as mensagens não-verbais (Knapp, 1988) e que as posturas corporais acompanham a expressão verbal (Corraze, 1980). Por outro lado, há que ter em atenção vivências e estados de espírito dos idosos.

O rosto dos idosos, na maioria das vezes, é levantado, denotando bem-estar. Encontramos olhares expressivos associados ao sorriso e olhares de agradecimento, no final da higiene. Estes olhares nos utentes acamados que se encontram deitados vêm sempre associados ao recostar a cabeça na almofada e ao fechar dos olhos. Por vezes ocorrem mal-entendidos com as famílias que os deixam momentaneamente mais aborrecidos e de olhar cabisbaixo. Este olhar, presente no Artur, denota tristeza e sofrimento, uma certa revolta e a não-aceitação da sua doença oncológica e vem associado a um semblante carregado e um olhar sofrido e triste. Este resultado vai ao encontro do estudo de Pierre Weill (1991), que tenta mostrar a linguagem corporal utilizada pelo corpo nas diferentes interações humanas. Na Adelaide, o rosto cabisbaixo denota sofrimento físico e tristeza e na Áurea tristeza e pudor, pela situação em que se encontram, aliado a um semblante especialmente carregado e a uns olhos muito abertos, esbugalhados. No José, no Rui, na Florinda e na Graça é sinónimo de mal-estar

físico, de sofrimento devido à situação clínica em que se encontram embora o Rui e a Florinda só evidenciem esta expressão durante a higiene. Por vezes, a Maria e a Carolina também apresentam este olhar, com o semblante carregado e o lábio a tremer quando se lembram da sua situação clínica e do mal-estar do marido ao vê-la nesse estado (Maria), ou quando pensa na morte do filho (Carolina). O rosto cabisbaixo e o semblante carregado no Carlos é sinal de um não conformismo com a necessidade de depender de outros para a sua higienização aliada a um sentimento de pudor.

Associado ao rosto cabisbaixo está o olhar baço simbolizando o desânimo, a tristeza e o desalento pela situação de doença em que se encontram. Artur e Carlos evidenciam, frequentemente, o rosto cabisbaixo e o olhar baço enquanto os restantes idosos só evidenciam estas expressões esporadicamente. O rosto assume assim diversos sentimentos, “mesclas de afeto” (Knapp, 1988) e transmite informações que são reforçadas por outras partes do corpo (mãos, pernas e olhar). É através do rosto que há consciencialização do outro (Sartre, 1998), do seu estado de espírito e das suas intenções comunicativas.

O sorriso é o cartão de visita do corpo. Esta forma de emoção não pode ser analisada isoladamente, mas no contexto onde ocorre, o quarto, a sala ou a cozinha, e atendendo à posição da cabeça, dos olhos e do corpo (Birdwistell, 1970).

O sorriso está presente no rosto dos idosos, principalmente dos acamados que não verbalizam. Apresentam um rosto expressivo onde o sorriso é presença assídua demonstrando contentamento pelo ato de higiene e também por gostarem da atenção e carinho que lhes é dispensada pelas funcionárias do apoio.

Paul Ekman & Wallace Friesen (1982) fazem referência a cinco sorrisos: o educado, o comunicativo, o mascarado, o miserável e o falso. Os dois primeiros têm uma função social e foram encontrados em todos os idosos com exceção do Artur e da Adelaide, devendo ser interpretados de acordo com o contexto em que surgem. Frequentemente, os idosos mascaram o sorriso tentando disfarçar o estado emocional em que se encontram. Todos os idosos evidenciam este sorriso com maior ou menor frequência, por vezes até mais do que uma vez durante a permanência das funcionárias do apoio nas suas residências sendo, contudo, este sorriso mais evidente no Rui, na Maria, na Carolina e na Augusta.

O sorriso, tido como um fenómeno de manifestação de emoções (Freitas-Magalhães, 2007), permite interpretar o comportamento humano. Ao surgir na face, é a manifestação de uma emoção (Ekman & Friesen, 1982).

O sorriso largo<sup>28</sup> é, para Freitas-Magalhães (2007), genuíno, espontâneo e traduz felicidade. Este sorriso visível nos idosos acamados e não acamados assume especial relevo no Rui e na Elisa cujo rosto expressivo evidencia um sorriso quase constante (Rui tem um ar sofrido durante a higiene). O sorriso superior<sup>29</sup> relacionado com as interações do dia a dia transmite afetividade e funciona como um mecanismo de defesa uma vez que não existe nos idosos uma predisposição contínua para a interação. Artur, Palmira, Graça, Carlos e Adelaide evidenciam, com mais frequência, sorrisos fechados<sup>30</sup> que traduzem tristeza pela situação clínica em que se encontram e sofrimento físico. Esporadicamente, Carolina, Maria e Augusta apresentam este sorriso.

Com bastante frequência associamos os movimentos oculares a expressões humanas havendo normas estabelecidas em cada sociedade sobre a forma como o outro é olhado (Knapp, 1988). O contacto ocular é uma forma de linguagem mais ténue que é influenciada pela personalidade e atitudes do idoso (Davis, 1979). Conhecemos as intensões do outro-ser-no-mundo através do olhar (Sartre, 1998).

O estabelecimento do contacto visual com o outro é uma das categorias mais importantes da comunicação não-verbal. Os movimentos oculares estão associados a expressões e assumem diversas funções como demonstrar confiança (manter o contacto ocular) ou desconfiança (desviar consecutivamente o olhar), relaxar os intervenientes ou iniciar conversação (Argyle, 1988). Os idosos acamados olhavam intensamente para mim à espera que iniciasse a conversação. Aqueles que não verbalizavam eram os que mais gostavam que lhes falasse seguindo-me, bem como às funcionárias do apoio, com o olhar. Quando não queriam manter a conversa evitavam o contacto visual, sendo que o fim da higiene correspondia quase sempre ao término da conversa.

Quando se sentiam constrangidos por estarem com o corpo a descoberto ou quando o tema da conversa os incomodava, os idosos tendiam a desviar o olhar para baixo. O pudor por estarem com o corpo a descoberto ou a lembrança de algum episódio que suscita emoções negativas fá-los baixar o olhar. O pudor é, na opinião de Jean Paul-Sartre (1998), um sentimento inevitável do ser-estar-no-mundo. Este sentimento vem associado ao enrubescer da face e é tido como a mais humana de todas as expressões segundo o biólogo Charles Darwin (1987). Este autor acredita que o enrubescer surge quando os indivíduos pensam na sua aparência pessoal e no que os outros pensam sobre esta.

O toque revela detalhes sobre a natureza da relação idoso-cuidador. Estamos assim, perante uma relação profissional onde o toque tem um significado interpessoal (Hertenstein & Weiss, 2011). O toque é uma forma de domínio do cuidador sobre o idoso, mas também revela afetividade (Argyle,

---

<sup>28</sup> Os lábios encontram-se separados, à elevação das comissuras labiais e exibição das duas fileiras dentárias.

<sup>29</sup> Os lábios encontram-se separados, à elevação das comissuras labiais e exibição das fileiras dentárias superiores.

<sup>30</sup> Os lábios encontram-se juntos, sem exibição das fileiras dentárias e sem elevação das comissuras labiais – não há sorriso.

1988). Enquanto forma de comunicação assume diversos significados consoante a localização do toque, a pressão exercida, a frequência com que é realizado e a parte do corpo em que é feito (Poyatos, 1994). Os diversos toques usados pelos idosos e cuidadores são indicadores de interação (cumprimentar), demonstrativos de afeto (fazer festas no rosto e no braço, sorrir, olhar enternecido). O toque no contexto da higienização é bem aceite pelos intervenientes (com exceção de Carlos) que solicitam este trabalho a um profissional.

Todas as culturas desaprovam o olhar fixo por sentirem que este é uma forma de ameaça (Davis, 1979). Contudo, sentíamos este olhar principalmente por parte dos idosos acamados que não verbalizam, não como uma forma de ameaça, mas como uma procura de atenção e curiosidade por tudo o que se passava no quarto. No fim da higiene, Palmira e Graça ignoram tudo o que se passa no quarto e mantêm o olhar fixo na parede. Já Artur, durante a limpeza da sonda gástrica, mantêm o olhar baixo ou olha em frente fixamente. Comportamento idêntico tem o Carlos durante e depois do ato de higienização. Antónia, Marta e Florinda fecham bastantes vezes os olhos durante a higiene tentando, de certa forma, evitar olhar de frente a vergonha de um corpo nu. Enfim, constatamos que o contacto visual ou, como refere Mark Knapp (1988) a mirada dos idosos, assume a função interpessoal de regulação do processo comunicativo e expressa emoções.

Ray Birdwistell (1970) e Margaret Mead (1937) consideram que as expressões faciais são determinadas culturalmente. Paul Ekman (2004) discorda desta opinião afirmando que as expressões faciais são universais e biológicas tal como proclamava Charles Darwin (1987). Ekman (2004: 44) refere que “*emotional expressions are involuntary signals which provide important information to others*”. Neste sentido, Paul Ekman desenvolveu o *Facial Action Coding System* para classificar as expressões do rosto<sup>31</sup>.

Os idosos, até certo ponto, conseguem controlar as suas emoções faciais num pequeno período de tempo findo o qual, expressam aquilo que são e sentem (Ekman, 2004, Knapp, 1988). Esta foi uma das dificuldades que sentimos, decifrar as expressões aparentes das verdadeiras. Com o tempo passado com cada um dos idosos aprendemos a decifrá-los e a distinguir as expressões verdadeiras das construídas no momento.

O espaço físico onde os idosos se inserem, a habitação, enquanto forma de comunicação culturalmente organizada, é demonstrativa não só da cultura, mas também dos relacionamentos, atividades e afetividades que estes apresentam. A casa, enquanto espaço fixo, e a forma como é percebida, molda o comportamento dos idosos, a sua personalidade e estado de espírito. Edward

---

<sup>31</sup> Paul Ekman colaborou na série documental da BBC, *The Human Face*, em 2001 e foi consultor científico na série televisiva *Lie to Me*.

Hall (1981) debruçou-se sobre a proxémica analisando o uso que o homem faz do espaço social e pessoal atendendo à cultura em que está inserido.

A higienização dos idosos é realizada no quarto (idoso acamado) ou na casa de banho, espaços semifixos (idoso não acamado) consoante a situação em que se encontram. A prestação de cuidados de saúde, a limpeza da sonda gástrica, é feita na cozinha. Regra geral são espaços luminosos e arejados, onde o contacto é facilmente estabelecido, são os chamados espaços sociopetas de Edward Hall (1981). Registamos também a existência de habitações apertadas, limitadoras, pouco arejadas e com um cheiro nauseabundo, o que, por si só, tornam os relacionamentos sociais pouco apetecíveis, os denominados espaços sociofugos.

O espaço onde os idosos estão inseridos influencia a interação com as funcionárias do apoio domiciliário. No espaço semifixo, a localização da cama no quarto, a posição da janela, o som da televisão ou os odores sentidos são fundamentais para a interação social.

A forma como o espaço está estruturado influencia o uso proxémico que dele é feito, nomeadamente as distâncias estabelecidas entre o idoso e o apoio domiciliário. A organização do espaço influencia a forma como este é experienciado visual, cinestésica, olfativa, tátil e auditivamente (espaço informal). Pela natureza do trabalho desenvolvido pelo apoio domiciliário, a distância estabelecida entre os interlocutores é íntima, havendo contacto físico (Hall, 1981). Com esta forma de contacto mantido, os sinais não-verbais são mais facilmente percebidos - o ritmo da respiração, o cheiro, a visão, o olfato e a temperatura do corpo. Idosos e funcionárias do apoio domiciliário dispõem de mecanismos que retiram a intimidade imposta pela situação em que é feita a higienização dos idosos. Está também presente a distância pessoal essencialmente antes e depois da higienização e na prestação de cuidados de saúde ao Artur (limpeza da sonda gástrica).

Mark Knapp (1988) defende que o local onde se comunica influencia a comunicação. Os diferentes espaços percorridos com o apoio domiciliário, uns pequenos outros grandes, apertados ou espaçosos, airosos ou pouco arejados, escuros e luminosos influenciaram as reações emocionais, de ambos os intervenientes, sentidas no momento.

Cada idoso marca a sua distância conversacional. Esta distância está relacionada com o sexo, as emoções e desabafos que os diversos temas conversados suscitaram nos idosos. A personalidade de cada um e a relação estabelecida com os entrevistadores também foi decisiva na distância mantida.

O uso que cada idoso faz do espaço afeta a forma como comunica e expressa intimidade. Se por um lado a territorialidade<sup>32</sup> ajuda a regular a interação social, por outro lado também pode conduzir ao conflito (Knapp, 1988) na medida em que “praticamente tudo o que o homem é e faz vincula-se à experiência do espaço” (Hall, 1981: 161). Enfim, concluímos que a forma como os idosos usam o espaço transmite diferentes significados. As normas sociais e culturais influenciam também estes usos do espaço e seus significados.

A maior vantagem do apoio domiciliário é a permanência do idoso na sua habitação. Esta funciona, em muitos casos, como um obstáculo à independência e à autonomia da pessoa idosa obrigando à sua institucionalização. Estudos locais efetuados na cidade de Guimarães (Martin, Duarte, Póvoa & Duarte, 2009) e na Baixa Pombalina Lisboaeta (Rito & Martin, 2011) demonstram a precariedade das habitações dos idosos e de situações de carência na população idosa (CEDRU, 2008, Gonçalves, 2004).

Constatamos a existência de grande preocupação por parte das famílias em adaptar espaços como o quarto e a casa de banho às necessidades da pessoa idosa – casas de banho amplas com barreiras laterais nos sanitários e chuveiros grandes, onde cabem cadeiras de rodas, em vez de banheiras. Há assim, uma certa consciencialização da importância da adaptação habitacional às necessidades do idoso no sentido de garantir a sua permanência na habitação e contribuir para a sua QdV.

Ignácio Martin *et al* (2012) defendem que envelhecer com qualidade pressupõe a existência de habitações adequadas às necessidades desta franja da população.

A paralinguística, outra das vertentes da comunicação não-verbal, refere-se às modalidades da voz, através da qual se pode obter informações sobre o estado afetivo do locutor (Corraze, 1980). As características vocais permitem determinar as atitudes e as mudanças de comportamento. O modo como se fala é tão importante como aquilo que é dito, daí que o tom de voz, o timbre, o ritmo e a intensidade ajudem a regular as interações.

O tom de voz dos idosos está relacionado com a distância mantida. A maioria dos idosos utiliza sempre um tom de voz baixo, adequado à distância mantida e facilitador de comunicação. Bernardino, bem-disposto, tem um tom de voz alto e sonoro. Graça, Áurea e Adelaide utilizam um tom de voz alto, inadequado para a distância mantida com as funcionárias do apoio domiciliário. Alteiam a voz devido ao sofrimento físico ou por vergonha. Através do tom de voz dos idosos, detetamos sentimentos e o

---

<sup>32</sup> Territorialidade é um conceito proveniente do estudo animal que se refere a um comportamento que leva um ser vivo a defender o seu território. Este conceito foi adaptado ao homem e refere-se a um terreno na posse de um indivíduo, família ou coletividade com vista à satisfação de determinadas necessidades ou como uma simples manifestação de presença (Hall, 1969).

estado de espírito do momento. Sempre que era dita alguma confiança baixava-se o tom de voz e aproximavam o corpo, inclinando a cabeça levemente para a frente.

Outra das características da paralinguística é o gemido. Adelaide, Graça e José utilizam muito o gemido denotando dor física e mal-estar. Distinguimos este gemido de outros sons vocais emitidos por Antónia, Marta e Áurea durante a higiene não por sofrimento, mas por pudor. São sons mais baixos, mas constantes ao longo de toda a higiene, acompanhados por um rosto triste e cabisbaixo. O cessar destes sons coincidia com o término da higiene.

O choro enquanto som paralinguístico, ocorre com alguma frequência, mas durante breves instantes, com exceção de quando ocorre como lembrança da morte de um ente querido (Carolina). O choro, enquanto manifestação de tristeza, denota angústia pela impossibilidade de se deslocarem e de se movimentarem e não realizarem as tarefas de higiene e domésticas (Maria e Carolina), mas também é revelador de um sentimento de culpa por serem um estorvo para a família e por terem de presenciar o seu sofrimento (Maria e Augusta). Antónia tem constantes alterações de humor devido à sua demência tendo frequentemente ataques de choro ou de riso.

O suspiro é outra forma paralinguística encontrada nos idosos. Todos os idosos, em algum momento, suspiram evidenciando a sua situação de dependência face aos cuidados de outras pessoas. Graça, Áurea, Artur e Carlos são os que suspiram com mais frequência expressando vergonha (Áurea), tristeza (Áurea, Antónia, Artur e Carlos), alívio no fim da higiene (Áurea, Graça e Artur) bem como impotência (Maria, Artur e Carlos). Frequentemente os idosos acamados que estão deitados suspiram no fim da higiene denotando cansaço.

O riso é outra característica paralinguística presente nos idosos. Com exceção de Artur, todos os idosos riram em algum momento. Com a mesma facilidade com que choram, Maria, Carolina e Augusta também riram.

Paul Ekman & Wallace Friesen (1982, 1969) consideram o sorriso a expressão mais difícil de explicar distinguindo o sorriso do riso. Embora ambos coloquem o indivíduo num estado de satisfação, o riso é mais simétrico e dura mais de quatro segundos. Os idosos riram por diversas vezes e com bastante frequência havendo uma predominância do riso nos idosos não acamados (Maria, Carolina, Manuel, Elisa, Rosa e Armando) salientando-se o Bernardino que dá constantes gargalhadas sonoras e que, juntamente com a Carolina, arrancam sorrisos e risadas das funcionárias com a sua boa disposição e humor. Antónia e Marta, idosas acamadas deitadas, também riram com muita frequência.

Relativamente à respiração, esta é normal em quase todos os idosos sendo ofegante no José, na Adelaide e no Rui durante a higiene, denotando o sofrimento físico em que se encontram e na Carolina,

na Maria e na Augusta ou em qualquer outro idoso, sempre que choram. Os sons vocais e gemidos emitidos pelos utentes acamados vêm sempre acompanhados por uma respiração mais ofegante. Carlos também apresenta esta respiração demonstrativa da vergonha que sente por depender de mulheres para os cuidados diários.

Os silêncios são outra forma paralinguística da comunicação não-verbal. Para Gregory Bateson (1981) e os seguidores da escola de Palo Alto, não é possível deixar de comunicar e, neste sentido, o silêncio é uma forma de comunicação. O silêncio não é assim destituído de sentido.

Numa conversa, o silêncio veicula diferentes sentidos sendo importante interpretar a sua ambivalência e polissemia. As práticas sociais da língua impõem determinadas regras sobre o que se deve e não se deve dizer, havendo momentos em que “o silêncio é de ouro”. Na obra *Do Silêncio*, Le Breton (1999) reflete sobre os diferentes silêncios e seus significados.

Há silêncios que falam mais que palavras. A dor de Artur e Carlos, expressada pelo silêncio, é muito eloquente; a comoção de Maria, Carolina e Augusta transparecia no silêncio; ou então, o silêncio que se instaurava no final da higiene demonstrativo do bem-estar dos idosos. Muitas vezes, a conversa caía em silêncio tornando-se a comunicação inoportuna como acontecia frequentemente com Artur e Carlos, era um silêncio de recusa, em sinal de resistência e de protesto face à higienização feminina (Carlos) ou de indignação face à doença (Artur). Outras vezes, o silêncio era apreciado não sendo interpretado como um mal-estar, mas como um estar ao lado, uma forma de conforto e entendimento da dor do outro (Carolina, Maria, Augusta, Adelaide, Graça, Rui).

Na observação do trabalho do apoio domiciliário, encontramos silêncios modeladores da comunicação, isto é, silêncios curtos para breves reflexões antes da retoma do discurso ou então silêncios propícios à reflexão sobre determinado assunto.

No Carlos e no Artur, o silêncio era uma escolha dos próprios com o intuito de manter a distância face aos cuidadores do apoio domiciliário e, simultaneamente, o silêncio era um sinal de vazio, no sentido de não haver qualquer demonstração de interesse no outro e na sociedade. Quer Artur, que se encontra em fase terminal de uma doença oncológica, quer o Carlos, que não aceita as limitações físicas que a doença acarreta nem a higienização feita por mulheres, demonstram um desapego face à vida e aos relacionamentos (Kubler-Ross, 2005).

Muitas vezes, os idosos encontram-se desanimados e tristes. Nestas situações em que o desânimo se reduz ao silêncio, a fala é inexistente e a linguagem torna-se impotente.

Houve momentos de perturbação interior em que a palavra dos idosos foi substituída pelo silêncio. A fala fragmenta-se e a lembrança ou verbalização de uma situação que os incomoda instaura o silêncio. Perante este silêncio, o idoso retoma a conversa ou então mantém o momento de emoção.

Em determinados momentos, testemunhamos um entendimento tácito entre funcionárias do apoio e idosos em que existia uma grande cumplicidade e um silêncio consentido. É um silêncio que testemunha convivência.

O silêncio fala sobre o que não se quis dizer ou não se soube dizer, pois nenhum idoso deixa transparecer completamente aquilo que é. Aquilo que observamos de cada um dos idosos não nos diz tudo sobre ele. Em jeito de conclusão, o silêncio só adquire significado num determinado contexto e deve ser percebido dentro de determinados hábitos culturais da fala (Le Breton, 1999).

Do que foi observado no apoio domiciliário através da comunicação não-verbal dos idosos, podemos afirmar que há uma boa relação entre os idosos e os funcionários do apoio domiciliário o que se traduz numa comunicação eficaz.

A comunicação eficaz incide sobre a qualidade da assistência prestada aos idosos precisamente porque é necessário que os funcionários do apoio domiciliário valorizem a comunicação tal como os procedimentos que realizam. A comunicação funciona assim, como um instrumento essencial para o bom relacionamento dos idosos com o apoio domiciliário ao permitir trocar informações quer através das palavras quer dos comportamentos corporais.

O declínio das capacidades sensoriais e perceptivas dos idosos pode afetar a capacidade comunicativa verbal destes o que reforça a importância da linguagem corporal e da necessidade das funcionárias do apoio domiciliário estarem sensibilizados para a interpretação dos sinais corporais. Esta preocupação existe por parte destes cuidadores. Nas interações observadas, é visível o predomínio do contacto visual e no toque constante (que não aquele efetuado durante as higienizações) demonstrativo do carinho, da empatia, da segurança e proximidade existente entre ambos.

Neste sentido, podemos afirmar que a preocupação em interpretar os significados da comunicação não-verbal se deve às habilidades comunicacionais interpessoais dos funcionários do apoio domiciliário e se traduz numa comunicação eficaz. Além disso, esta comunicação repercute-se na qualidade de vida dos idosos sendo visível na satisfação e bem-estar físico e na alegria e satisfação que os idosos sentem quando estão com o apoio domiciliário.

### 5.3.2. Linguagens do corpo nos idosos entrevistados

Paul Watzlawich, Don Jackson e Janet Beavin publicam o livro *Pragmatics of Human Communication*, abordando a comunicação numa perspectiva inovadora. Defendem que a essência da comunicação está nos processos comunicacionais e relacionais sendo que todo o comportamento tem valor de comunicação. Erving Goffman (1989) também defende a ideia de que tudo em nós comunica, desde a postura corporal, interiorizada por processos socializadores, à verbalização. Atentemos à fala do corpo dos idosos entrevistados partindo dos axiomas da comunicação de Paul Watzlawich *et al* (1973).

Partindo do primeiro axioma, é impossível não comunicar, houve o cuidado de, ao longo das entrevistas, observar a linguagem corporal dos entrevistados e adaptar o andamento das entrevistas a esta linguagem bem como à verbal. Todo o comportamento tem valor de mensagem, é comunicação.

Na fachada pessoal, Erving Goffman (1989) inclui as expressões faciais e os gestos corporais. As expressões faciais que predominaram ao longo das entrevistas foram o sorriso. Os gestos corporais mais usados foram os gestos de mãos e os movimentos com a cabeça.

O sorriso largo de Freitas-Magalhães (2007) foi a expressão facial mais evidenciada pelos idosos, traduzindo felicidade e espontaneidade. O rosto levantado dos idosos, os olhos expressivos e o sorriso revelavam sentimentos de satisfação e bem-estar. Transmitindo informação, o rosto permitia-nos assim tomar consciência do outro (Sartre, 1998), dos seus sentimentos e das intenções comunicativas.

Todos os idosos mantiveram contacto ocular o que nos permitiu auferir as intensões destes outros- seres-no-mundo (Sartre, 1998). Através destes contactos oculares, soubemos quando relaxar os idosos mudando de assunto, incitar ou terminar a conversação (Argyle, 1988).

Em relação aos gestos do corpo, ressaltamos os gestos com as mãos. Encontramos os gestos emblemas, acenar com as mãos para cumprimentar ou despedir e as mãos no regaço; os gestos ilustrativos do discurso dando ênfase à comunicação verbal também estavam presentes; os gestos reguladores mais utilizados pelos idosos foram os movimentos da cabeça, com destaque para o acenar com a cabeça em sinal de anuência e para as pausas usadas no sentido de dar a palavra ao outro ou terminar uma ideia (Ekman & Friesen, 1969). Os movimentos da cabeça eram importantes indicadores do andamento da interação estabelecida com os idosos durante as entrevistas (Corraze, 1980, Davis, 1979, Pierre, 1991).

Quando vivenciavam algum episódio negativo, mental ou verbalmente, os idosos baixavam o olhar. Este gesto corporal foi utilizado algumas vezes quando traziam à memória recordações menos boas, de angústia, sofrimento e mágoa. Nem sempre foi fácil decifrar as emoções faciais dos idosos.

A postura corporal dos idosos que se encontravam sentados evidenciava um corpo ligeiramente inclinado para a frente demonstrando à vontade e descontração (Pease & Pease 2005, Pierre, 1991). A posição frente a frente nas entrevistas foi a que predominou e demonstra o interesse na pessoa além de facilitar a interação comunicativa. Quando a entrevista terminava no quintal ou no eido, as posturas assumidas eram de descontração o que, mais uma vez, facilitava a comunicação estabelecida (Mehrabian, 2007). Além disso, as posturas corporais acompanham, quase sempre, a expressão verbal (Corraze, 1980).

A análise das posturas corporais associada ao rosto sorridente e a idosos conversadores e bem-dispostos, permite-nos concluir que estabelecemos uma relação de proximidade e, de certa forma, de confiança com os idosos.

O ritmo da respiração, o cheiro, a visão e o olfato dos idosos eram perceptíveis e ajudaram a regular a entrevista. Mantivemos uma distância conversacional onde a personalidade de cada um ditou a relação estabelecida e o maior ou menor número de emoções e desabafos.

As características vocais de cada idoso permitiram determinar as mudanças de comportamento relativamente ao que era dito, aliado ao tom de voz, ritmo, timbre e intensidade das interações.

O tom de voz dependia do local em que nos encontrávamos bem como do número de pessoas. Na rua, o tom de voz era mais elevado quando vários vizinhos se reuniam, mas, dentro da habitação, era adequado à distância mantida e facilitador da comunicação. Quando é feita alguma crítica ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou aos profissionais de saúde, ou se conta algum episódio em jeito de confidência, o tom de voz é baixo e o corpo inclina-se ligeiramente para a frente.

Por vezes, os idosos usam o suspiro enquanto forma paralinguística denotando a não concordância com algo ou cansaço. Mas o elemento paralinguístico mais presente nos discursos dos idosos foi o riso sempre que se referem a algum episódio pitoresco ou simplesmente denotando boa disposição.

Também foram vários os momentos de silêncio, mas sendo impossível não comunicar, foram sempre entendidos como formas de comunicação (Bateson, 1981). Não encontramos momentos em que a conversa se tenha transformado em silêncio tornando a comunicação inoportuna. Por norma, os silêncios evidenciavam o fim de uma ideia ou o pensar no que se vai dizer antes de retomar o discurso (silêncios modeladores da comunicação) (Le Breton, 1999). Em nenhuma altura sentimos o silêncio como forma de distância mantida pelos idosos. Às vezes, lembrando ou verbalizando uma situação que os incomodava, pairava o silêncio que era quebrado pelo idoso ao retomar a conversa ou mantido enquanto momento de comoção. Tal silêncio aconteceu quando se falava na morte de um ente querido ou algum desacato com familiares. Muitas vezes o silêncio disse aquilo que o idoso não verbalizara.

A habitação, enquanto espaço físico onde os idosos nos acolheram, também facilitou a comunicação. Atendendo a que quase tudo o que o homem faz se relaciona com a experiência do espaço (Hall, 1994, 1981) é fundamental analisarmos os espaços onde decorreram as entrevistas. A maioria destas decorreu na cozinha onde, inclusive, foi servido algumas vezes o lanche e, por vezes a entrevista terminava no quintal ou nos eidos. As habitações correspondiam aos espaços sociopetas de Edward Hall (1981), luminosos e arejados, verdadeiros facilitadores da comunicação (Knapp, 1988). Além disso, as televisões e o rádio, quando ligados eram imediatamente desligados. A aproximação pessoal era notória notando-se a grande necessidade dos idosos se expressarem e de terem alguém que se predispuesse a ouvi-los. Os inúmeros abraços no fim das entrevistas denotam essa atitude de confiança e de bem-estar.

As partes do dia têm significações diferentes de acordo com o contexto cultural. De tarde, o tempo disponível é maior, bem como a disponibilidade dos idosos. (Hall,1981).

De forma direta ou indireta, da conversa mantida com os idosos estabelecemos uma relação de comunicação ao nível do conteúdo e da relação – segundo axioma da comunicação. No ato comunicativo não houve apenas transferência de informação, opiniões, sentimentos e experiências (conteúdo), as palavras transmitiram-nos outra informação, nomeadamente a relação que o idoso estabeleceu connosco. Deparamo-nos com alguns problemas: se por um lado o significado das mensagens enviadas pode conter contradições, tornando a comunicação paradoxal, por outro lado, é ao nível meta comunicativo que o emissor recebe feedback relativo às mensagens enviadas ao nível dos conteúdos. É através de gestos, expressões e da verbalização, que o locutor emite ou rejeita opiniões e (des) confirma o seu papel de emissor.

Efetivamente, encontramos algumas contradições no discurso dos idosos, que nem sempre se devem a falhas de memória, mas por estarmos a falar de assuntos sobre os quais não estão habituados a conversar. Denota-se que, à medida que vão falando, vão formando opiniões e refletindo sobre os assuntos. Várias vezes os idosos levantam o olhar para pensarem sobre determinado assunto e fazem pausas para refletirem sobre o que vão dizer.

Os discursos organizam-se numa série de comunicações, isto é, numa sequência ininterrupta de trocas em que as pessoas pontuam os acontecimentos da vida assumindo um ponto de vista. Neste terceiro axioma da comunicação está, assim, presente a ideia de que a natureza da relação estabelecida com os idosos depende da pontuação pessoal das sequências comunicacionais entre os comunicantes. As mensagens veiculadas têm significados diferentes de acordo com o tom de voz usado e as expressões

faciais e gestuais associadas. Estas pontuações regem-se por códigos que podem ser desconhecidos aos interlocutores e podem não prever todas as pontuações necessárias.

Cada interlocutor pontua a sequência comunicacional de forma pessoal o que vai resultar em diferentes versões dos acontecimentos. Foi nossa preocupação perceber o que os idosos nos transmitiam de acordo com o seu entendimento atendendo à pontuação que davam.

O quarto axioma da comunicação humana defende que as mensagens analógicas são mais importantes e as digitais, adaptam-se mais ao nível dos conteúdos. A comunicação digital veicula informação mais precisa e simultaneamente mais complexa e versátil através de mensagens discretas enquanto a comunicação analógica, mais ambígua e subjetiva, é contínua. Orientada por regras, a comunicação digital veicula um determinado sentido, ao contrário da comunicação analógica que tem um significado mais intuitivo, não se traduzindo numa codificação consensual. As mensagens analógicas, pontuadas pelo recetor, acabam por se converter em digitais.

O olhar, o gesto, o tom de voz, o silêncio, o toque e a distância, o vestuário, os odores e o próprio ambiente são formas de comunicação não pontuada porque não existem regras para a sua codificação. Sendo contínua, esta comunicação não-verbal é definida por Gregory Bateson (1981) como analógica. Defende que a comunicação é mais analógica do que digital porque a primeira é mais eficiente, sendo que estas comunicações formam jogos de linguagem.

Estas mensagens analógicas estabelecidas dependem sempre do recetor e do modo como este pontua essas mesmas mensagens, isto é, do tom de voz que usa, da forma como mexe as mãos, como olha e da postura corporal que assume.

As permutas comunicacionais estabelecidas são, de acordo com o quinto axioma da comunicação, simétricas ou complementares atendendo à igualdade ou diferença em que se baseiam. Tentámos estabelecer com os idosos que entrevistamos interações simultaneamente complementares e simétricas. Criámos um ambiente de confiança demonstrando sempre respeito pela opinião do outro e incentivámos os idosos a exprimirem o que sentiam e pensavam sobre os mais diversos assuntos. Apesar de tentarmos minimizar as diferenças existentes na relação com os idosos e destes terem aceitado cooperar no estudo, o elemento exterior estava sempre presente uma vez que, apesar da facilidade comunicativa e da qualidade da comunicação estabelecida, éramos exteriores à comunidade. Contudo, conseguimos estabelecer uma relação de respeito e confiança.

Paul Watzlawick (1973) considera que os axiomas são preposições que caracterizam a comunicação e, como tal, são essenciais nas interações diárias atendendo a que tudo em nós e no outro comunica.

#### 5.4. Relação com o Corpo

Corpo e tempo cruzam-se na velhice gerando diferentes formas de viver e sentir a velhice de acordo com o contexto cultural onde o idoso se insere. As transformações corporais na velhice são assim inevitáveis e repercutem-se na relação que o idoso estabelece com o seu corpo.

A corporeidade é socialmente construída, é objeto de representações do imaginário através do qual se constrói a relação com o mundo (Le Breton, 2007). Sendo o corpo a casa das doenças e a marca do tempo, as transformações físicas são inevitáveis. A aparência física é a marca da velhice sendo que *“agora a gente está cada vez pior, está mais velho...”* (Samuel).

**Tabela 4 - Relação com o corpo**

Freguesia	Debilidade	Saúde	Autonomia	Ascetismo	Dependência
Gualtar	10	9	4	2	3
Godinhaços	10	8	6	3	1
Total	20	17	10	5	4

Todos os idosos apresentam discursos em que a debilidade física e mental está presente como resultado do processo de velhice. Carolina afirma *“agora, nem com andarilho nem com nada... Temos que aprender a viver com o que temos”*. Também Samuel refere que *“quer trabalhe quer não trabalhe, eu gemo!”*.

Este corpo debilitado a que todos os idosos fazem referência é também um corpo que evidencia uma postura de sofrimento face à doença (18 idosos), de desânimo (11 idosos), de desleixo (8 idosos), de inconformismo (7 idosos) e de receio (6 idosos), num corpo que consideram estar debilitado.

Apesar desta debilidade presente nos discursos dos idosos que é por eles tida como o resultado da velhice, estes também consideram estar saudáveis (9 idosos de Gualtar e 8 de Godinhaços) daí não terem *“queixas assim graves”* (Samuel, Alice, Camilo, Luís, Miguel), considerando que *“eu não estou doente sabe”* (António, Deolinda, Conceição, Céu, Eduardo, Eva, Guida, Isabel, Rita, Rodrigo). Enfim, limitam-se a ter umas *“nicas que aparecem, mas vão”* (Rodrigo). Curiosamente, apesar dos idosos de Godinhaços aparentarem ter melhor estado de saúde (tomam menos medicação e referem menor

número de doenças) e estarem mais ativos em termos produtivos, fazem menos referência à robustez corporal comparativamente aos idosos de Gualtar.

Os idosos consideram que estão medicados para doenças diagnosticadas e que estas doenças estão controladas e não lhes causam grandes limitações (exceto na alimentação) e, fora isso, acreditam estar bem de saúde – “*Graças a Deus, é como lhe digo, estou só a tomar remédio da tensão, do colesterol e mais nada*” (Eva). Outros consideram não ter doença grave – “*a minha doença não é assim muito agravada, são coisas passageiras, uma dor de cabeça, uma dor de barriga*” (Miguel). Miguel diz que “*eu sou pouco doente, graças a Deus!*” e Eva acrescenta que “*se fossem todos doentes como eu ele [médico] tinha que arranjar outro emprego!*” (risos). O corpo espelha assim a realidade social, as ações e as significações de uma sociedade específica. Em Godinhaços, o corpo é tido como um instrumento de trabalho construindo-se as relações corporais e sociais em torno do trabalho de campo e da religião. É também feita referência à temporalidade da doença, isto é, “*por ora graças a Deus a minha saúde está boa, de hoje para amanhã não sei! (risos)*” (Teresa).

Este relacionamento saudável com o corpo que os idosos evidenciam coaduna-se com as posturas de aceitação e assertividade demonstradas por todos os idosos face à doença.

Dez idosos, seis deles de Godinhaços, assumem ser bastante autónomos da medicina e dos profissionais de saúde. Nove idosos, seis deles de Godinhaços, demonstram uma autonomia face aos profissionais de saúde por considerarem que “*não podemos andar sempre de volta dos médicos*” (António, Céu, Deolinda Guida, Luís, Rita, Teresa, Isabel). Céu, além disso afirma “*não sou de gemer, sou de sofrer*”. Eva afirma ser preguiçosa e só ir ao médico “*quando me apetece, sou alérgica (risos)*”. Eva, Isabel e Conceição assumem preferir chás e infusões (“*Nem médico nem medicamentos, só chá e mel*”, Eva) e Guida demonstra maior preocupação com o marido acamado do que com a sua saúde (“*eu estou bem porque preocupo-me mais com ele do que comigo, não tenho tempo de pensar em mim, ele está um pelenzinho!*”).

Alguns idosos mantêm uma relação ascética com o seu corpo, assumindo uma postura de coragem face à doença (5 idosos). Neste sentido, Céu refere “*não me dou a queixar. (...) não fico morrinhenta com nada, o que me vale é a coragem!*”. Samuel também evidencia esta postura ao afirmar “*(...) não vou adiar a viagem nem posso passar aos outros, cada um tem que aguentar a cruz que tem*”.

Dependência da medicação é outro dos aspetos encontrados para caracterizar a relação de quatro idosos com o seu corpo. Carolina e Rodrigo demonstram esta dependência face à medicação: “[o médico] *levou-me 70€ e não me receitou nadinha, nem um comprimido pra tomar!*” (Carolina); “*As minhas médicas do Porto nunca me receitaram medicamentos, é só conversa, perguntavam como é*

*que andava, o que comia, o que bebia... era a conversa delas, mais nada!*" (Rodrigo). Isabel critica esta postura de dependência da medicação ao afirmar que *"agora por tudo e por nada remédios"*. Eva, Guida e Rodrigo mostram dependência face ao médico pois *"chega-se a uma idade, anda-se muito de volta dos médicos"*. Estudos de Leite & Vasconcelos (2003) e de Santos (2008) comprovam que a adesão à terapêutica tende a diminuir com um elevado número de medicamentos prescritos.

As relações estabelecidas pelos idosos com a corporeidade dependem da classe social em que se inserem bem como das significações e valores por eles atribuídas ao corpo. Ao inserir o homem num espaço social o corpo torna-se simultaneamente emissor e recetor desse espaço (Le Breton, 2009).

Os discursos dos idosos sobre o seu estado de saúde são o resultado da interpretação que estes fazem dos discursos dos profissionais de saúde, mas também dos discursos de familiares e vizinhos bem como dos meios de comunicação social com destaque para a televisão e a rádio. Não é assim de estranhar que todos os idosos demonstrem ter conhecimentos médicos, embora cinco deles (Deolinda, Rita e Sónia de Godinhaços e Carolina e Conceição de Gualtar) nem sempre saibam explicar o seu estado clínico - *"Eles dizem que foi um... qualquer coisa cerebral"* (Carolina); *"Eles é que sabem pro que é, a gente não sabe nada..."* (Deolinda).

Enfim, os idosos, apesar de terem consciência das suas debilidades físicas, estabelecem uma relação saudável com o corpo privilegiando a autonomia.

Todos os idosos referem as debilidades físicas do corpo, sendo a autonomia corporal maior nos idosos de Godinhaços comparativamente com os idosos de Gualtar.

Curiosamente, os idosos de Gualtar, detentores de mais doenças, estabelecem uma relação mais saudável com o corpo ao demonstrarem ter mais cuidado com ele. Esta atenção dada ao corpo é visível nos cuidados demonstrados com a procura do profissional de saúde, com o cumprimento das prescrições e conselhos médicos e com a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

## Capítulo VI - Competências e saberes de saúde e de doença

A forma como os idosos percebem os profissionais de saúde está relacionada com o meio cultural e social onde estão inseridos, o diploma escolar, a trajetória profissional e a situação familiar. Sentimentos e formas de estar no mundo influenciam a forma como o discurso dos profissionais de saúde é interpretado e a opinião que deles se forma.

Atentemos no olhar que os idosos detêm sobre os médicos e enfermeiros para perceber as competências e saberes de saúde e de doença destes idosos.

### 6.1. Caracterização dos profissionais de saúde

#### 6.1.1. O médico

Daniel Serrão, na palestra “Um hospital Universitário, hoje, - Hospital de S. João” proferida no âmbito da abertura das Sessões Científicas conjuntas da Faculdade de Medicina e do Hospital de S. João<sup>33</sup>, considera que o médico é demiurgo, rei, sacerdote, mágico e cientista, é um homem com uma sabedoria prática.

João Lobo Antunes (2003) defende que o médico, perante uma sociedade cada vez mais exigente em termos de saúde, deve possuir princípios éticos como o altruísmo, a compaixão, a integridade, a verdade, a competência técnica e agir em conformidade com estes valores. A profissão médica é, na sua opinião, “fundamentalmente moral” e, mais do que uma profissão, assume-se como um serviço.

Atentemos na caracterização deste profissional de saúde tido como um mediador entre a doença e a saúde, a vida e a morte (Martins, 2003).

**Tabela 5 - Caracterização do médico: Atributos positivos e negativos**

Idosos por freguesia	Atributos positivos			Atributos negativos			
	Atencioso	Comunicador	Competente	Insensível	Insincero	Indisponível	Falível
Gualtar	10	10	8	5	5	3	2
Godinhaços	10	9	8	9	6	2	3
Total	20	19	16	14	11	5	5

<sup>33</sup> Iniciativa de A. Sousa Pinto e Tomé Ribeiro

As representações que os idosos têm dos médicos são fundamentalmente positivas o que vai ao encontro dos estudos de Grol *et al* (2000). Os médicos são tidos como atenciosos, comunicadores e competentes. Mas, apesar desta imagem favorável, alguns dos idosos consideram-nos pontualmente insensíveis, ocultadores de informação clínica, indisponíveis e falíveis.

**Tabela 6 - Caracterização do médico: Atencioso**

Idosos	Interessado	Disponível	Preocupado	Educado
Gualtar	9	7	4	6
Godinhaços	10	5	7	0
Total	19	12	11	6

O ser atencioso é a característica que os idosos consideram mais importante no médico sendo que todos os idosos fazem referência a este atributo médico. No capítulo 1, do artigo 31 do Código Deontológico do médico, lê-se que, no atendimento ao utente, o médico deve agir com correção e delicadeza.

O médico é atencioso quando demonstra interesse, disponibilidade e preocupação pelos utentes e é educado. São várias as expressões usadas por dezanove idosos para caracterizar o interesse do médico nomeadamente a de Isabel que refere que *“Eles pensam, mas é ajudar à boa fama, compreende, amparar uma pessoa, ter mão nela”*.

Estar disponível para atender é outro dos atributos do médico na opinião de doze idosos. São vários os idosos que se referem à prontidão com que são atendidos pelo médico de família quando precisam. Conceição afirma que a médica *“atende. A gente diz que é só para dar uma palavrinha e ela atende. Atende logo”*. Eva também diz *“eu vou lá quando quero, vou pela manhã e ele [médico] dá [consulta] no mesmo dia”* e Samuel conta um episódio: *“uma ocasião fui ao hospital a uma urgência e eu até pedi desculpa ao senhor doutor por estar a incomodar e ele disse-me que estava lá para atender, que era o serviço dele”*. José, acamado, também realça a prontidão com que é assistido pela equipa médica ao dizer que *“sempre que é preciso ela [médica] vem cá”*. A preocupação dos médicos manifesta-se no cuidado com a saúde dos utentes, com as cirurgias médicas e a medicação. Em relação ao cuidado com a saúde, Sónia refere que *“o meu médico tem cuidado comigo, manda-me fazer as coisas”*. Luís afirma que *“eu não tenho nada que me preocupar comigo, ela [médica] é que se preocupa. Eu vou lá, ela marca-me no computador outra consulta”*. Teresa diz que a preocupação do médico com o utente é de tal ordem que *“até vão a casa ver os utentes se é preciso. Já os tenho visto*

*aí, a visitar quem está doente e principalmente os que estão acamados*". Quanto às cirurgias médicas, Conceição realizou várias, uma ao intestino e duas à vista com pós-operatórios complicados por ser diabética, com ocorrência de complicações médicas. A propósito duma dessas cirurgias, relata a preocupação do médico afirmando *"este [médico] disse-me para estar lá às oito e meia certinhas, eu cheguei mais cedo e ele chegou a horas, mandou-me logo preparar e no fim deu-me logo uma malga de leite, com uma palhinha. (...) tem que se ter sorte. Eu tive muita sorte com este médico"*. A propósito da medicação, Eva afirma que *"é bom médico e não dá assim remédios à-toa. Há lá doutores que dão e até estragam a saúde dos utentes"*.

Seis idosos de Gualtar fazem referência à educação do médico. Conceição diz que a médica, *"quando me vir, fala logo bem. Se fossem outros, importavam-se lá bem, não queriam saber do povo para nada"*. Alice afirma que *"salvo raras exceções, sempre foram muito educados comigo"*. Isabel diz que *"a minha médica tem muita educação"* e Luís que *"os médicos são muito educados. No meio de mil encontra-se um que não o é, mas isso é como tudo"*.

A segunda qualidade do médico é, segundo os idosos, ser comunicador (19 idosos). Na Grécia Antiga a medicina fazia-se através de ervas, facas e palavras. Atualmente, a farmacologia e os instrumentos médicos substituíram as ervas e a faca, mas a palavra perdura desempenhando um papel fundamental no relacionamento médico-utente. Pio Abreu (1998) e Susana Duarte (2002) consideram que a palavra do médico é socialmente importante demonstrando preocupação face à crescente valorização da técnica em detrimento da comunicação.

A comunicação é tida como uma habilidade social fundamental no exercício da profissão médica que influencia a qualidade dos cuidados de saúde em geral (Balint, 1998). O estudo efetuado demonstra que esta habilidade social é, na opinião dos idosos, um dos atributos do médico de família. Conclusões idênticas são as do estudo realizado por Fernando Infante, Judith Proudfoot, Gawaine Davies, Mark Harris, Tanya Bubner, Chris Holton & Justin Beilby, na Austrália (2004).

Enfim, os idosos do estudo valorizam médicos facilitadores de comunicação o que vai ao encontro do que é defendido por Peter Maguire & Carolyn Pitceathly (2002).

Os idosos distinguem o médico de família do médico especialista sendo que os atributos negativos são, na sua maioria, atribuídos aos médicos especialistas por considerarem que estes se focam mais na doença do que no utente, não dando grande atenção aos investimentos mútuos da relação interpessoal médico-utente (Balint, 1998).

**Tabela 7 - Caracterização do médico: Comunicador**

Comunicador				
Idosos	Esclarecedor	Ouvinte	Conversador	Conselheiro
Gualtar	10	8	8	4
Godinhaços	5	4	4	5
Total	15	12	12	9

Os idosos de Gualtar, mais expressivos e comunicativos do que os de Godinhaços, consideram que o médico comunicador é esclarecedor, isto é, que os informa sobre a sua condição de saúde. Além de esclarecedor, o médico comunicador é também ouvinte e simultaneamente conversador (12 idosos), bem como conselheiro (9 idosos).

Fornecer explicações acerca da doença e seu tratamento é a melhor forma dos médicos alcançarem bons resultados no tratamento da doença (Street *et al*, 2009). Diversos idosos referem-se ao médico comunicador enquanto esclarecedor de dúvidas do estado clínico. Alice refere “*acho que me dizem direito o que tenho. Não fico na dúvida se eles me disseram tudo o que deviam dizer. Penso que sou informada, sim*”. Também Camilo afirma “*eu quando tomo um medicamento novo questiono logo a médica sobre ele. Mesmo que eu não perguntasse ela explicava-me, porque ela gosta de falar com os utentes, de os informar*”.

A maior parte dos utentes refere-se à linguagem acessível do médico, transmitida de acordo com o entendimento de cada um (Corney, 2000, Epstein & Street, 2007, Melo, 2005, Stefanelli, 2005, Tate, 2004, Teixeira, 2000). Céu realça que a linguagem usada é passível de diversas interpretações (Epstein & Street, 2007, Haes & Bensing, 2009, Nunes, 2010, Phaneuf, 2005, Philips, 1996, Teixeira, 2000), salientando que o médico “*fala bem pra gente e explica bem as coisas à gente. Sabe que nem toda a gente estudou pra médico, é importante explicar bem às pessoas. Nem toda a gente fala a mesma banda! (risos)*”. Também Teresa afirma “*percebo, por acaso percebo [tudo o que o médico diz] e ele também percebe tudo o que eu digo. Quando não percebo, ele repete*”. Miguel refere que a sua médica usa, às vezes termos médicos, “*mas logo a seguir fala de maneira que a gente a entenda, é uma palavra ou outra que não se entende, mas depois no geral dá para entender*”.

A disponibilidade para ouvir o utente é outro dos atributos apreciados no médico comunicador essencialmente pelos idosos de Gualtar. Guida afirma, “*admiro a pachorra dos médicos só para ouvirem os utentes...*” e Glória reforça que o médico “*ouvira com muita atenção sim senhora, não interrompia*”. Luis vai mais longe ao afirmar que “*se o médico não me ouvir ele não vai adivinhar aquilo que eu tenho, ele tem que me ouvir*”.

Um médico que ouve dá margem ao utente para falar expondo dúvidas e preocupações (Bendapudi *et al*, 2006, Boland, 1995, Clowers, 2002, Fabb, 1995, Lee *et al*, 2010, Maguire & Pitceathly, 2002, Macdonald, 2004, Pritchard, 1995, Robinson-Heritage, 2005).

O médico comunicador é também tido como conversador (12 idosos) no sentido de manter conversação sobre a vida e a família, mas também para questionar sobre o seu estado clínico. Eduardo diz que “*se o médico quer saber mais, tem que perguntar*” e o Samuel concorda, “*se tiverem dúvidas perguntam*”. A Cêu também afirma que “*a médica é que estudou, não fui eu, ela é que tem que saber, que perguntar*”. Isabel refere que a sua médica é “*muito faladeira*” porque “*fala muito comigo, mas não diz coisas à-toa, fala bem, faça isto, faça aquilo, não tenho dúvidas, ora se não perceber o que me diz pergunto, a médica é muito aberta a tudo, sabe falar, eu não saio de lá na dúvida, pergunto, pergunto sempre e elas dizem-me tudo!*”. José também refere que “*a médica vem cá, conversa comigo, fala, é atenciosa*”.

Ser conversador pressupõe que o médico comunicador seja, para doze idosos, de boas falas, isto é, que além de ser educado, fale com bons modos. Isabel realça que a médica “*é boa por isso, faz-nos sentir bem, fala com respeito, é de boas falas*”. Rodrigo também se refere ao seu médico como sendo “*um homem de boas falas*”.

Os idosos também apreciam um médico comunicador que é conselheiro (9 idosos) no sentido de os aconselhar a adquirir bons hábitos em relação essencialmente à alimentação, à medicação, mas também à doença. Em relação à alimentação, Teresa refere que a médica lhe disse “*você tire o vinho, tire o café*”, quanto à medicação Isabel conta que a médica lhe diz que “*tem que tomar isso tudo direitinho*” e sobre a doença, Samuel comenta que “*a médica manda-me andar, não quer que eu esteja parado, que me meta na cama*”.

A quase totalidade dos utentes entrevistados considera que o médico é comunicador o que vem contradizer grande parte dos estudos que demonstram haver grande insatisfação face à comunicação estabelecida com estes profissionais de saúde (Corney, 2000, Davis & Fallowfield, 1991, Maguire & Pitceathly, 2002, McKenzie, 2002, Reynolds, 2005, Stedeford, 2000, Teixeira, 2000). São os idosos de

Gualtar, detentores de maiores níveis de literacia em saúde, que consideram o médico mais comunicador.

Apesar de todos os avanços da medicina e, em parte, devido a esses avanços, os médicos têm sido criticados pela falta de perícias comunicativas, o que se deve, nomeadamente, à inexistência de formação académica nesta área (Corney, 2000) aliada a uma falta de sensibilidade, mas também desleixo para com as questões comunicativas.

Estamos perante médicos que dão importância à partilha de conhecimentos com o utente tendo presente as preocupações, dúvidas e expectativas destes. Esta relação interpessoal já não é essencialmente técnica, unidirecional e baseada no tratar, mas assenta no entendimento e esclarecimento do utente sobre a sua saúde respeitando atitudes e opções pessoais.

Assistimos assim, a mudanças graduais na forma como é encarado o papel do profissional de saúde. O médico já não se assume como a autoridade máxima, já não detém a última palavra nem assume uma postura paternalista, mas partilha as decisões que toma com o utente (Bensing *et al*, 2000, Okamoto, 2007, Reynolds, 2005). Diversos fatores têm contribuído para a adoção deste novo modelo de partilha de tomada de decisão, entre eles, a atenção dada à pessoa como um todo e não apenas ao seu corpo (Bensing *et al*, 2000, Bensing & Verhaak, 2004), a crescente autonomia do utente (Bensing *et al*, 2000), a importância cada vez maior atribuída às questões éticas (Stewart *et al*, 2006), bem como o aumento do acesso à informação por parte do utente (Bensing & Verhaak, 2004, Corney, 2000, Stewart *et al*, 2006, Taylor, 2009).

Neste sentido, quanto maior o tempo despendido pelo profissional de saúde a fornecer informações ao utente, de acordo com a sua capacidade de entendimento, melhor será o conhecimento e compreensão do idoso sobre o seu estado de saúde (Ley, 1988, Melo, 2005). Compreender o seu estado de saúde facilita a adesão do idoso às recomendações médicas (Ley, 1988, Odgen, 1999) e, em última instância, melhora a sua QdV.

Praticamente, todos os idosos entrevistados consideram estar perante bons médicos, como refere Conceição, quando afirma “*a minha médica não podia ser melhor*”. Deste modo, a par das aptidões comunicacionais e humanas dos médicos, os idosos enaltecem igualmente as competências técnicas destes (Infante *et al*, 2004, Jahng *et al*, 2005), sendo a competência técnica apenas referida em terceiro lugar pela maioria dos idosos (16 idosos, 8 de cada freguesia).

Camilo refere que a sua médica “*era uma senhora que, realmente, tinha uns cuidados extraordinários, analisava o doente ao pormenor*”. Neste sentido, fazem referência a diversos procedimentos médicos,

exames complementares de diagnóstico, que atestam a competência técnica deste profissional na cura das maleitas atuais ou mais antigas.

A competência do médico é também visível na arte de medicar (5 idosos). Céu realça esta capacidade do médico ao afirmar “*doía-me a cabeça, as pernas, e tinha vontade de vomitar fora. Só disse isso ao médico, ele disse para não comer ovos, gordura e fritos, nem beber vinho e mandou-me tomar os medicamentos. Olhou para mim e acertou direitinho*”. Teresa também enfatiza a importância do saber medicar ao afirmar “*ele [médico] acerta com os medicamentos*”.

Além destes atributos positivos imputados ao médico, os idosos identificam também o que Maguire & Pitceathly (2002) denominam de comportamentos de bloqueio, a insensibilidade, o ocultar informação e a indispensabilidade. Grande parte destes comportamentos de bloqueio dos médicos é referida pelos idosos, no fim das entrevistas, em tom baixo e sigiloso, como forma de desabafo. Além disso, constatamos que os atributos positivos do médico são mais realçados do que os atributos negativos, o que demonstra satisfação face a estes profissionais. São setenta e quatro as referências positivas alusivas ao perfil do médico e apenas trinta e sete as que se referem aos atributos negativos. Por outro lado, são os idosos de Gualtar que realçam características mais positivas do médico, nomeadamente a comunicação, contrariamente aos de Godinhaços que ressaltam os aspetos negativos, considerando-os desinteressados, interesseiros e ocultadores de informação. No entanto, estes atributos negativos destacados pelos idosos referem-se, na sua maioria, a situações pontuais.

Os atributos negativos que os idosos imputam ao médico referem-se essencialmente a aspetos humanos em detrimento dos técnicos. Na Declaração de Genebra, está patente que o médico põe a sua vida ao serviço da humanidade. José Costa Pinto (1996) defende a ideia que o médico deve cultivar o sentido do humano, respeitando o utente na sua individualidade e indo ao encontro das suas necessidades e anseios. Neste contexto, Hélder Machado (2003) realça a importância da comunicação empática no relacionamento médico-utente referindo-se ao poder das palavras e atitudes do médico na ação do utente.

De entre estes atributos negativos sobressai a insensibilidade (14 idosos), o facto de nem sempre serem sinceros ao ocultarem informação (11 idosos), a indisponibilidade demonstrada (5 idosos) e o serem falíveis (5 idosos).

**Tabela 8 - Caracterização do médico: Atributos negativos**

Idosos por freguesia	Insensível				Insincero	Indisponível	Falível
	Desinteressado	Interesseiro	Incumpridor	Excessivo			
Gualtar	4	3	1	0	5	3	2
Godinhaços	6	6	1	2	6	2	3
Total	10	9	2	2	11	5	5
	14						

O médico insensível é desinteressado, interesseiro, incumpridor e excessivo na medida em que medica em excesso.

Dez idosos fazem referência ao desinteresse dos médicos, nomeadamente o mau-humor de alguns que se apresentam mal-encarados e carrancudos, bem como apressados. A demonstração de falta de tempo e de atitudes de impaciência traduzem-se em sentimentos de insatisfação nos idosos (Corney, 2000, Mercadier, 2004). A forma como se transmite a informação influencia a compreensão que o idoso tem sobre a mesma (Fallowfield & Jenkins, 1999, Melo, 2005). Adequar a informação às necessidades do utente aumenta a satisfação deste (Ley, 1988) e a sua adesão aos tratamentos (Melo, 2005). Deolinda afirma que os médicos “*são prestáveis, o que é sempre cheios de pressa*”. Eduardo refere que “*ainda falta fazer o estudo e o tratamento das doenças, algumas técnicas foram aperfeiçoadas, mas em termos humanos, ainda há muito caminho a percorrer...*”.

Luís refere que nem sempre as pessoas são tratadas de igual modo na triagem de uma urgência, “*basta termos uma pessoa conhecida que já levamos uma braçadeira diferente*”. O tempo de espera é longo, a atenção e o cuidado por parte dos profissionais de saúde ao utente nem sempre são os melhores, levando Sónia a afirmar “*mal de quem não tem dinheiro que não pode ir a médicos!*”.

O médico insensível é, além de desinteressado, interesseiro (António, Céu, Eduardo, Eva, Rita e Sónia de Godinhaços e Camilo, Carolina, Luís e Rodrigo de Gualtar) ao demonstrar maior preocupação com o fator económico do que com a saúde e bem-estar do utente. Referem-se todos a médicos que dão consultas no particular. Dos idosos que evidenciam o lado interesseiro dos médicos apenas Carolina,

Luis e Eduardo consultam regularmente estes profissionais no particular, Céu, Eva e Rita não fazem referência a estas idas e os restantes idosos procuram-nos esporadicamente.

O médico deve agir de acordo com uma moralidade, isto é, segundo uma consciência bem formada, tomando decisões íntegras e com discernimento esclarecido. Assim, o médico deve cobrar honorários razoáveis que espelhem dedicação à profissão e não ao lucro desmedido. Nove dos idosos entrevistados, três de Gualtar e seis de Godinhaços, consideram que a atividade médica é determinada pelo lucro financeiro e que não respeita o Juramento Hipocrático. A este respeito, Camilo comenta “[o médico] *não deve olhar para a testa do utente e ver cifrões*”. Eduardo menciona que “*os médicos são formados para o utente, mas depois falha a ética*” e, mais adiante conclui “*é verdade que exageram um bocado com o dinheiro*”. Sónia demonstra preocupação para com esta vertente economicista dos médicos suspirando “*mal de quem não tem dinheiro que não pode ir a médicos*”. Enfim, Camilo diz que “*eu nunca vi um consultório dum médico falido! Nós não podemos avaliar a floresta por uma árvore porque há sempre uma que estraga o quadro*”. Luis refere a diferença que existe, em termos comunicativos, entre um médico do sistema nacional de saúde e um médico particular afirmando que “*quando a consulta é paga temos todo o tempo para dialogar com o médico*”.

O médico insensível é incumpridor dos horários das consultas (3 idosos). Eduardo afirma que “*o problema é que a consulta estava marcada para as 3h, e às 6h ainda estava a secar!*”.

O médico incumpridor é excessivo ao medicar em demasia. Samuel e Céu, de Godinhaços, demonstram preocupação com os médicos que, por vezes, medicam em excesso. Samuel refere que “*isto pra dizer que às vezes os médicos também estragam as pessoas com medicação a mais*”. Peter Tate (2004) chama a atenção para a tendência de medicar de alguns médicos.

Além da insensibilidade médica, os idosos consideram a ocultação de informação ao utente do seu estado de saúde (6 de Godinhaços, 5 de Gualtar) como outro dos atributos negativos do médico. Rodrigo refere que “*os médicos sabem muito, eles explicam é pouco à gente*”. Todavia, há que ter em atenção que nem todos querem ter informação sobre o seu estado de saúde colocando no médico todo o poder de decisão (Humphreys, 2002). Deste modo, Deolinda afirma, “*não tiro dúvidas com ninguém, faço o que elas me mandam, aceito tudo sem fazer perguntas*”.

Verificamos que, apesar dos idosos realçarem a parte comunicativa dos médicos, consideram que estes ainda ocultam muita informação ao utente, ou então transmitem-na de forma insuficiente e imprecisa. Estas conclusões vão ao encontro dos estudos de Ellen *et al* (2001), Peter Tate (2004) e José Teixeira (2000).

As expectativas face à doença ditam a necessidade de informação (McGregor, 2006). A quantidade e qualidade da informação varia de indivíduo para indivíduo sendo mais eficaz quanto maior for o conhecimento que o profissional de saúde tem das crenças, expectativas e preocupações do utente. A maioria dos idosos do estudo demonstra querer ser informado sobre a sua situação clínica o que vai ao encontro dos estudos efetuados por Murray *et al* (2007). Estudos realizados por Berendsen *et al* (2010) concluem que apenas 40% dos utentes querem ser completamente informados, 40% refere querer receber informação adicional e, 13% informação prática. Infelizmente, nem todos os profissionais estão sensibilizados para esta realidade, nem sempre dando realce à necessidade de o utente receber informação e à eficácia desta transmissão de informação (Cegala, 1997).

Outra das características do médico é a indisponibilidade (5 idosos). Esta indisponibilidade é evidenciada na incapacidade de escutar, atender e esclarecer o utente e por conversarem com outros profissionais de saúde ignorando a presença do utente (Mercadier, 2004, Tate, 2004). Eduardo e Conceição apresentam uma opinião ambígua por considerarem que o médico por vezes é ouvinte e, outras vezes, não apresenta essa capacidade de escuta.

Em relação à indisponibilidade para escutar, esta é evidenciada por dois idosos de Gualtar (Camilo e Conceição) e outros dois de Godinhaços (Eduardo e Rita). Camilo refere que o médico *“cumpre religiosamente os 10 minutos para cada utente (...)”*. Eduardo também diz que *“há profissionais que são muito dedicados, mas não perdem muito tempo a conversar com os utentes”*. Moira Stewart (1995) considera a comunicação o melhor medicamento para a doença do utente.

A maioria dos profissionais de saúde evita explorar as emoções dos utentes receando envolver-se demasiado e aumentar o tempo da consulta médica. Peter Tate (2004) realça a importância do uso do tempo na consulta médica. Estudos realizados por Levinson, Gorawara-Bhat & Lam (2000), Levinson & Roter (1995), Margalit *et al* (2004), Roter *et al* (1997) comprovam que explorar os sentimentos do utente não aumenta o tempo da consulta. Epstein *et al* (2005) chegaram a conclusões distintas.

A indisponibilidade no atendimento ao utente por parte do médico é referida por Luís (Gualtar), António e Eduardo (Godinhaços) sendo diferente no privado e no público. Luís refere que *“quando a consulta é paga nós temos todo o tempo para dialogar com o médico”* e Eduardo comenta que *“no privado, a forma de tratar os utentes é diferente. Porquê? Porque não têm os médicos a mesma atitude, independentemente do local onde trabalham? E lá vamos nós outra vez à questão económica!”*.

A indisponibilidade no acompanhamento que o médico faz quando medica o utente e não o vê, novamente é referida por Eduardo:

*“Essa coisa de receitar e já está não funciona [porque] depois o utente vai lá e já não tem médico porque tem as vagas todas ocupadas, ou então tem que ir à urgência ou a outro lado qualquer e não tem seguimento clínico sempre com o mesmo médico”*

Os idosos (essencialmente de Gualtar) realçam a constante descontinuidade dos médicos de família que não estão fixos num Centro de Saúde, o que torna mais difícil o conhecimento do estado clínico do utente e seus antecedentes familiares, bem como o estabelecimento de laços de confiança. Neste contexto, Peter Tate (2004) realça a importância do feedback na relação médico-utente.

A indisponibilidade para esclarecer o utente é realçada por dois idosos, um de cada freguesia (Eduardo e Camilo). Camilo refere que o médico que lhe faz a vigilância dos diabetes, no posto médico, *“quase que se limita, na minha opinião, a passar a receita com os comprimidos que lhe peço e mais nada. Vê as análises, não faz grandes comentários sobre as análises, é porque estão bem”*. Eduardo afirma que *“estamos perante uma medicina que não se preocupa em explicar e entender o que o utente sente”*. Patrícia Benner (2001) considera que nem sempre estes profissionais têm tempo para falar com os utentes.

A falibilidade é outro dos atributos negativos atribuído ao médico por cinco idosos. Os médicos são tidos como seres humanos falíveis, sujeitos ao erro, como qualquer outro profissional de saúde. Luís refere *“eu não me acredito que um médico faça um trabalho mal por vontade própria porque eles não querem perder o prestígio deles”*. Errar é próprio da natureza humana e os médicos nem sempre descobrem imediatamente a doença ou a medicação adequada para esta. Deolinda afirma que estes profissionais de saúde *“Às vezes não acertam nada... tomei medicamentos e continuava sempre igual...”* e António conclui dizendo que *“há médicos bons e médicos ruins e o mundo tem que andar composto de tudo...”*.

Esta ideia é reforçada por alguns utentes através do realce da corporeidade destes profissionais de saúde dizendo que *“os médicos não são Deus”* (Eduardo) e, como tal, *“têm que ser considerados como qualquer outro técnico de saúde, não são deuses, isso era antigamente. As regras têm que ser iguais para todos, cada profissional tem a sua missão”* (Eduardo).

Peter Maguire & Carolyn Pitceathly (2002) consideram que estas estratégias de distanciamento face aos utentes resultam da falta de competências comunicacionais. Estudos recentes (Christen, Alder & Bitzer, 2008) demonstram que a ausência de competências comunicacionais centradas no utente diminui a satisfação e a adesão destes às recomendações médicas.

Enfim, os idosos realçam as habilidades comunicacionais do médico, considerando-o um facilitador de comunicação (Maguire & Pitceathly, 2002). A comunicação que estabelecem com estes profissionais de saúde é tida como fundamental, é o medicamento mais eficaz para o utente (Stewart, 1995).

A passividade e submissão do utente face ao poder médico, nos termos de Talcott Parsons (1951), parecem estar a ser abaladas. Estamos perante utentes que, indo ao encontro do que está consagrado na Constituição da República de 1976, valorizam, na maior parte das vezes, o direito à saúde ao declinarem uma relação paternalista com os profissionais de saúde e ao assumirem, progressivamente, uma relação onde se partilha o poder de decisão tal como a OMS tem defendido. Salientamos que os meios de comunicação como a rádio e a televisão muito têm contribuído para esta mudança de atitudes face ao papel de cada um na sua saúde/doença (Coulter, 2012). Emerge o “paciente informado” (Kivits, 2004) isto é, interessado e atento à sua saúde/doença, que quer ser informado.

É visível que os idosos têm vindo a reivindicar mais poder através de *empowerment* para a construção de uma participação mais ativa de acordo com a capacidade de cada um ler e agir face às informações de saúde que lhe são disponibilizadas (Coulter, 2012). Os meios de comunicação e informação muito têm contribuído para a emergência deste “*paciente informado*”.

Assistimos assim, a uma mudança de atitude visível na forma como os idosos concebem o médico – apreciam a comunicação com ele, valorizando nos profissionais aspetos como o conversar, esclarecer dúvidas, ouvir, questionar e aconselhar, mas também na forma como exercem uma maior cidadania ao envolverem-se mais na sua doença e nas decisões referentes ao seu corpo.

Seis idosos, Alice, Camilo, José e Rodrigo da freguesia de Gualtar, António e Eduardo de Godinhaços, referem-se à formação dos médicos contando que estes dão mais atenção ao aspeto humano (Alice, José, Eduardo), denotando-se que os médicos mais jovens já têm uma formação académica diferente (Alice, Eduardo), mais voltada para a humanização do idoso, e que são mais competentes (António, Rodrigo). Eduardo e Camilo consideram haver uma lacuna na formação académica dos médicos realçando a necessidade de se intensificar a componente humana.

Alice afirma “*nota-se que os [médicos] mais novos tem uma formação diferente, mais humana, há uma preocupação com a pessoa, com o que está para lá da doença, com os seus problemas e até medos*”. Eduardo compartilha esta opinião ao referir que “*o ensino nas faculdades está a ter em*

*atenção a humanização dos cuidados prestados, os médicos mais novos têm outro tipo de atendimento”.*

Camilo engrandece a profissão médica considerando-a *“uma tarefa muito exigente”*, razão pela qual *“eles deveriam ter uma formação académica que reforçasse mais a parte humana, eles devem ter uma predisposição para ouvir os outros, fazê-los falar porque nem sempre é fácil falar de doenças e de sentimentos associados à doença”.*

Rodrigo refere que, atualmente, os médicos têm ao seu dispor os meios técnicos e farmacológicos que lhes permitem realizar de forma mais eficaz o seu trabalho, todavia *“agora, estes médicos novos não puxam pela ciência como puxavam os velhos, sabe”.*

Eduardo e Camilo ressaltam que, apesar de tudo, os médicos deveriam voltar-se mais para a humanização da relação médico-utente uma vez que, como refere Eduardo, *“não vai para médico quem tem vocação para cuidar, mas quem tem média”*, salientando que *“os médicos são formados para o utente, mas depois falha a ética”.*

Apesar de tudo, Eduardo considera que *“o ensino da medicina está a melhorar no aspeto ético. A juventude também é mais acessível que os antigos deuses”.*

Hélder Machado (2003) considera que o caminho está aberto a quem aceitar o desafio. O desafio foi lançado às universidades, cujas reformas efetuadas nos currículos vão no sentido de desenvolver, nos estudantes de medicina, mais competências, adquirindo aptidões e conhecimentos, aprendendo a trabalhar em equipa, a tomar decisões racionais e ponderadas em situações complexas e a comunicar de forma empática com os utentes. Além destas mudanças nas escolas de medicina, as atitudes dos utentes face à saúde e à doença devem também alterar-se devendo os utentes deixar de lado atitudes de passividade e dar lugar a outras assentes na iniciativa e na participação.

Perante o exposto, podemos afirmar que os idosos reconhecem que o exercício da medicina está diferente o que, em parte, reflete a preocupação das universidades em formar médicos mais humanos e conscientes das fragilidades dos utentes. Diversos autores concordam que as competências comunicacionais não são um traço da personalidade, mas aptidões que podem ser apreendidas (Bensing *et al*, 2000, Kurtz, Silverman & Draper, 2005, Schofield, 2004) desde que treinadas (Reynolds, 2005, Schofield, 2004,). Assim, características da personalidade como a sensibilidade, a empatia, a capacidade de comunicar e ouvir facilitam o processo comunicativo médico-utente.

Constatamos que, no geral, os idosos consideram que a generalidade dos profissionais de saúde com quem contactam têm competências comunicacionais daí que, apenas cinco idosos (Camilo, Carolina, Luís de Gualtar e Eduardo, Sónia) demonstrem preocupação com a desumanização da medicina.

Tal como o médico, também o enfermeiro é um profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade. Este profissional é valorizado e enaltecido pelos idosos.

### **6.1.2. O enfermeiro**

A enfermagem enveredou pelo conhecimento formal tendo o Decreto-lei n.º 305/81, de 12 de novembro, criado a carreira de enfermagem respeitando as convenções e recomendações de organizações internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho, a OMS e as exigências decorrentes da adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia.

A regulamentação do exercício profissional acentuou o carácter autónomo da enfermagem, tendo sido criada a Ordem dos Enfermeiros através da publicação em Diário da República do Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril.

O enfermeiro centra a sua ação no cuidar da pessoa não sob a dominação do médico, mas como um profissional autónomo e com uma identidade própria. Na atividade profissional do enfermeiro, valorizam-se os saberes relacionais e técnicos numa perspetiva de interdependência e autonomia, num processo de cuidados, em que o profissionalismo é realçado pela sua competência.

Neste contexto, os idosos atribuem ao enfermeiro, tal como o fizeram ao médico, mais atributos positivos do que negativos, sendo mais valorizadas as capacidades relacionais e humanas e só depois as capacidades técnicas.

**Tabela 9 - Caracterização do enfermeiro: Atributos positivos e negativos**

Idosos	Atributos positivos					Atributos Negativos		
	Atencioso	Comunicador	Competente	Disponível	Imprescindível	Insensível	Falível	Mal-encarado
Gualtar	9	8	8	2	2	5	2	2
Godinhaços	10	10	9	5	4	5	3	2
Total	19	18	17	7	6	10	5	4

A quase totalidade dos idosos considera o enfermeiro atencioso (19 idosos), comunicador (18 idosos) e competente (17 idosos). Estar disponível (7 idosos) e ser imprescindível (6 idosos) são outras das características atribuídas por alguns idosos a este profissional. Algumas características mais depreciativas são também atribuídas a este profissional de saúde: insensíveis (10 idosos), falíveis (5 idosos) e mal-encarados (4 idosos). De salientar que, estas características depreciativas se referem essencialmente à falta de humanidade deste profissional de saúde e não à sua competência técnica.

O maior atributo dos enfermeiros é serem atenciosos, isto é, amáveis, interessados e preocupados.

**Tabela 10 - Caracterização do enfermeiro: Atencioso**

Atencioso			
Idosos por freguesia	Amável	Interessado	Preocupado
Gualtar	9	7	1
Godinhaços	10	3	3
Total	19	10	4

Quase todos os idosos fazem alusão à amabilidade do enfermeiro (19 idosos). Deolinda afirma que *“São muito carinhosas, são boas naquilo que fazem e no trato com a gente. Têm sido sempre fêmeas, boas pessoas, muito educadinhas e carinhosas”*. Também Sónia diz que *“[as enfermeiras] São muito boas meninas, sempre preocupadas com a gente”*.

Metade dos idosos, sete deles de Gualtar, considera que estes profissionais são também interessados e quatro idosos realçam a preocupação para com os utentes.

O enfermeiro atencioso demonstra interesse pelo utente, visitando-o no domicílio, como refere José *“mesmo as enfermeiras, basta a minha filha ver que é preciso, liga e elas vêm logo aqui”*, ou prontificando-se a realizar os procedimentos de enfermagem que o idoso necessita em ambiente hospitalar ou no posto médico. Referindo-se aos procedimentos de enfermagem efetuados no hospital, Rita narra que *“todos eles [enfermeiros] eram simpáticos, preocupados, sempre de volta da gente”*. Quanto aos procedimentos realizados nos centros de saúde, Samuel conta que os enfermeiros *“estão ao dispor de quem lá vai, fazem curativos...”*.

O enfermeiro preocupado com os idosos é visível no trato com o utente como refere Céu, destacando que *“até foi um enfermeiro que descobriu que eu sofria da tiroide! Fez-me uma grande coisa, preocupou-se, não deixou passar”*, bem como na linguagem que usam, como refere Eduardo quando diz que *“os enfermeiros têm uma preocupação maior com a linguagem que usam do que os médicos”*. Os enfermeiros usam uma linguagem própria que os distingue dos médicos (Mercadier, 2004) devendo essa linguagem ser acessível ao utente de modo que este entenda o que lhe é dito (Kidd, Patel, Peile & Carter, 2005).

**Tabela 11 - Caracterização do enfermeiro: Comunicador**

Comunicador				
Idosos por freguesia	Conversador	Conselheiro	Esclarecedor	Ouvinte
Gualtar	8	6	6	3
Godinhaços	8	6	2	3
Total	16	12	8	6

Os idosos realçam as atitudes relacionais e de comunicação ao considerarem que o enfermeiro comunicador é conversador (16 idosos), conselheiro (12 idosos), esclarecedor (8 idosos) e ouvinte (6 idosos).

O enfermeiro é conversador na medida em que questiona e informa sobre o estado de saúde. Camilo afirma manter *“uma conversaçãoinformativa [com o enfermeiro], temos muito diálogo, é uma relação*

*muito humana. Elas são impecáveis*". Também Isabel diz que *"elas dizem-me tudo! São muito faladeiras!"*. Para António a enfermeira *"aconselha e pergunta, lá isso é verdade"*.

Os enfermeiros são tidos como conselheiros na medida em que orientam o utente sobre a sua saúde, as idas ao médico e a alimentação. Guida, a propósito dos conselhos dados pelos enfermeiros sobre a sua saúde, relata que *"quando temos a tensão alta são eles que nos alertam sobre o que fazer, o que tomar"* e Samuel refere também que estes profissionais *"dizem como se deve fazer, informam bem"*. Carolina, em relação às idas ao médico, refere que o enfermeiro *"diz-nos o que fazer, quando lá ir"*. António, referindo-se aos conselhos dados pelos enfermeiros sobre a alimentação afirma *"mandam-me comer isto, aquilo, acautelar. Não há que dizer dela, dá bons conselhos"*. Em jeito de conclusão, Eduardo declara que *"o enfermeiro é como se fosse um padre, o utente vai pedir-lhe um conselho"*.

Educar o utente faz parte das competências do enfermeiro que deve saber quando é que o utente está pronto a aprender e, nessa altura, ajudá-lo a interiorizar as consequências da doença e do processo de cura no seu estilo de vida. Para tal, deve compreender e interpretar o que o utente faz da doença guiando-o na sua própria doença, fazendo-o compreender as implicações culturais, sociais e económicas da sua doença (Benner, 2001).

Outra das qualidades comunicacionais realçadas é o enfermeiro esclarecer o utente sobre a saúde, a alimentação e a medicação. No que se refere à saúde, Guida e Rodrigo destacam esta característica do enfermeiro afirmando que *"está sempre a perguntar coisas, a ligar, a explicar-me tudo"* (Guida) e que *"falam bem, explicam"* (Rodrigo). No que diz respeito à alimentação, Conceição afirma que os enfermeiros *"explicam-me tudo, o que posso comer, tiraram-me o café"*. Em relação à medicação José, refere *"(...) de vez em quando deito esta pomada. Foram elas [enfermeiras] que me mandaram deitar"*. Patrícia Benner (2001) enfatiza a ideia de que os utentes colocam questões aos enfermeiros que não fazem a outros profissionais de saúde visando esclarecer dúvidas e anseios. Apenas Eduardo, enfermeiro reformado, realça este aspeto.

Seis idosos realçam a capacidade de escuta do enfermeiro dizendo que *"são excelentes ouvintes"* (Eduardo). Gonzalez Amparo (2008) considera que o sucesso da relação enfermeiro-utente reside nesta capacidade que faz parte do agir do enfermeiro. Escutar não é um ato natural, pressupõe compreender, estar atento para ouvir daí que, o enfermeiro deva procurar o significado das palavras do utente para compreender a sua forma de pensar e agir em conformidade com ela. Avaliar, julgar e interromper o utente, demonstrar impaciência, tirar conclusões precipitadas e ouvir apenas o que se quer são algumas das barreiras à escuta ativa (Bush, 2001).

Enfim, o enfermeiro é comunicador na medida em que, como diz António, *“tem que saber escutar o utente, ter boa vontade, explicar e perguntar coisas”*.

Além dos atributos relacionais dados ao enfermeiro, a maioria dos idosos realça a competência técnica deste profissional considerando-o perito na medida em que sabe fazer (Benner, 2001). Os idosos descrevem alguns dos procedimentos técnicos realizados pelos enfermeiros. Teresa diz que este profissional de saúde *“faz-me perguntas, diz-me o que comer, mede-me a tensão, pesa-me”* e António afirma que *“os enfermeiros são bons para dar injeções, para vir a casa quando não me puder alevantar, são eles que andam de volta da gente, dão medicação, lavam-nos. Eles fazem tudo o que fizer falta”*. Enfim, o enfermeiro *“é um bom profissional”* (Camilo) na medida em que *“são bons naquilo que fazem”* (Deolinda).

Eduardo distingue os enfermeiros do centro de saúde e os do hospital considerando que os primeiros *“são muito mais disponíveis, conversam, têm mais tempo para o utente. Mas, os enfermeiros do hospital têm mais responsabilidade. Com isto não pretendo tirar qualidade aos enfermeiros do centro de saúde, mas são trabalhos diferentes”*.

Seis idosos consideram que os enfermeiros são imprescindíveis pois *“são todos muito dedicados e fazem falta em toda a parte”* (Guida). Neste contexto, Samuel realça a indispensabilidade destes profissionais de saúde dizendo que *“os médicos são importantes, mas elas [enfermeiras] também são”*.

Os enfermeiros são também tidos como pessoas muito humanas, havendo muito investimento afetivo na relação com o utente. Eva afirma que estes *“são boas pessoas”*, Rodrigo considera que *“estas enfermeiras novas são boas rapariguitas”* e a Teresa acrescenta que *“são meiguinhas, não são ruins”*. Samuel deixa um conselho às enfermeiras *“continuem como são, estou muito satisfeito, dizem como se deve fazer, informam bem”*. Patrícia Benner (2001) realça a satisfação pessoal dos enfermeiros em realizarem bem o seu trabalho e serem socialmente reconhecidos pelo que fazem.

Os idosos de Gualtar, José e Miguel, fazem referências à formação dos enfermeiros, destacando a formação académica mais virada para a humanização do cuidar. José afirma que os enfermeiros *“são muito mais simpáticos, muito mais, a gente nota bem que estes novos, quando nos caçam lá, são muito atenciosos, fazem-nos tudo. É outra coisa, são diferentes, são. Dantes eram mais resmungões, não explicavam nada à gente...”*. Miguel comenta que no hospital *“via-se (...) pessoas jovens, mas são formadas, com o curso de enfermagem. Antigamente era mais andadeiro, agora não, agora tem que ter curso”*.

A enfermagem em Portugal tem evoluído tornando-se uma ciência autónoma e reconhecida. O Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, REPE, reconhece o papel da enfermagem na sociedade e, no nº 1 do artigo 1º determina que “a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde”.

Ao enfermeiro, tal como ao médico, também foram identificados comportamentos de bloqueio (Maguire & Pitceathly, 2002). Assim, o enfermeiro é tido como insensível sempre que demonstra desinteresse (10 idosos, 5 de cada uma das freguesias) e se apresenta mal-encarado (4 idosos, 2 de cada freguesia)

**Tabela 12 - Caracterização do enfermeiro: Insensível**

Idosos por freguesia	Insensível	
	Desinteressado	Mal-encarado
Gualtar	5	2
Godinhaços	5	2
Total	10	4

Os idosos consideram que o enfermeiro insensível é desinteressado quando realiza a sua atividade de forma apressada, quando o tempo de espera pela consulta de enfermagem é longo e quando não dá atenção ao utente e ao seu estado clínico, quer no centro de saúde quer no hospital. Em relação à forma apressada como os enfermeiros prestam alguns cuidados, António refere que “*nem sei o que hei-de achar, o que eles querem é despachar!*”. Também a Céu se refere a estes profissionais como “*prestáveis, o que é sempre cheios de pressa*”. Guida confia que estes profissionais “*(..) vêm sempre apressados, devem ter muita gente para ver (...) estes vêm sempre a correr*” e Luís acrescenta que “*eles [enfermeiros] não têm muito tempo disponível, principalmente os do hospital*”. Face ao tempo de espera das consultas de enfermagem que os idosos consideram ser grande, António afirma que “*no posto médico mandam-me ir àquela hora e eu vejo as enfermeiras para trás e para diante,*

*conversam com este e aquele e não nos chamam... eu não digo nada porque ainda passo por malcriado".* Quanto ao desinteresse face ao utente e ao seu estado clínico, são vários os idosos que narram episódios. Alice conta o seguinte:

*"Agora também me aconteceu com a vacina da gripe que eu fui lá umas poucas de vezes [ao centro de saúde] e nunca havia vacina. Chegaram-me a marcar um dia para ir tomar e continuava a não haver. Então, fui à farmácia e comprei-a, aplicaram-na logo. Ficaram de me telefonar do centro, até hoje, ninguém me telefonou".*

Além de desinteressados, os enfermeiros insensíveis também são tidos como mal-encarados. Carolina defende que *"eles deveriam tratar melhor as pessoas porque quem lá vai está doente"* e, mais adiante conclui *"eles pesam-me, medem-me a tensão, dão injeções... o que é pensam que têm o rei na barriga!"*. Também Céu considera que no posto médico *"aparece de tudo, uns mais simpáticos que outros"*. Teresa afirma que *"há muitos que não têm paciência"*.

Nem sempre é fácil gerir estes sentimentos. Os enfermeiros devem fazê-lo dando especial atenção ao tom de voz utilizado, ao desânimo transmitido e à agressividade com que falam (Lopes, 2006). O desabafo de Carolina ao considerar que *"quem não tem educação é melhor não ir [para enfermeiro]"* é demonstrativo da importância atribuída pelos idosos à parte humana dos profissionais de saúde.

A desumanização do profissional de saúde acentuou-se devido às crescentes preocupações económicas colocando-nos perante uma medicina de órgãos (Martins, 2003), cada vez mais técnica e tecnológica. Não pronunciar o nome do utente, falar apenas na patologia e na intervenção a efetuar, infantilizar o utente, são algumas formas de desumanização (Mercadier, 2004).

Face a esta realidade, os utentes têm alterado a sua postura, *"paciente informado"*, reivindicando profissionais de saúde mais comprometidos, conversadores e empenhados.

Da investigação levada a cabo, podemos concluir que estamos perante idosos que realçam a informação que lhes é transmitida, ao privilegiarem a atenciosidade e comunicação nos enfermeiros, embora possamos questionar a forma como essa informação é por eles processada. Tal ideia vai ao encontro dos estudos realizados por Davis & Fallowfield (1991) e por Melo (2005) e é comprovada pelos atributos negativos atribuídos aos enfermeiros (insensível, falível e mal-encarado) quando estes assumem posturas centradas na doença relegando para segundo plano o diálogo.

De salientar também, que os idosos demonstraram menor preocupação em caracterizar o enfermeiro, comparativamente com o médico, e em fazê-lo de forma menos exaustiva, o que é demonstrativo do menor poder exercido em situação de doença sobre o utente.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que os idosos privilegiam a competência afetiva e comunicativa do enfermeiro e só depois a competência técnica. Estas conclusões vão ao encontro do estudo efetuado por Gonzalez Amparo (2008), Sharou Dennis (2004) e Ken Busk (2001). Os enfermeiros são tidos como os profissionais que acompanham o utente mais de perto e que têm a missão de o educar no sentido de adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis, o que nem sempre é bem aceite pelos idosos, habituados a determinados hábitos e maneiras de estar.

Enfermeiros com habilidades comunicacionais desenvolvem uma comunicação mais eficaz com o utente. A comunicação é uma peça fundamental na construção da relação enfermeiro-utente ao contribuir para melhorar a qualidade do cuidado prestado e ir ao encontro das expectativas e necessidades do utente (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Comunicar pressupõe também escutar mais e falar menos (Dennis, 2004) de forma a aumentar o conhecimento e compreensão das necessidades dos utentes, o que vai resultar em maior adesão por parte dos mesmos ao tratamento (Amparo, 2008), nomeadamente às prescrições médicas.

## 6.2. Prescrição médica

Os idosos de ambas as freguesias, quando questionados sobre se cumprem as ordens médicas, afirmam cumprir aquilo que os médicos recomendam. Todavia, doze destes idosos referenciam situações pontuais em que não são cumpridores da prescrição médica. Assim, apenas oito idosos (3 de Godinhaços e 5 de Gualtar) afirmam ser cumpridores regulares, todos os outros admitem que nem sempre o fazem.

**Tabela 13 - Cumprimento das ordens médicas vs. pedidos de esclarecimentos médicos**

Idosos	Cumpre ordens médicas			Pede esclarecimentos médicos	
	Sempre	Às vezes	Não	Sim	Não
Gualtar	10	5	5	8	2
Godinhaços	10	3	7	4	6
Total	20	8	12	12	8

Os idosos que às vezes cumprem as prescrições médicas são a Alice, o Camilo, a Isabel, o José e o Miguel de Gualtar e a Eva, a Deolinda, e a Rita de Godinhaços. Estes idosos, exceto a Deolinda, a Rita (Godinhaços) e o Miguel (Gualtar), afirmam ser habitual questionar o médico sobre o seu estado de

saúde. Destes idosos, três deles (Miguel de Gualtar e Deolinda e Rita de Godinhaços) não têm o hábito de questionar os profissionais de saúde. Dos doze idosos que não cumprem com regularidade as ordens médicas (António, Céu, Eduardo, Glória, Samuel, Sónia, Teresa de Gualtar e Carolina, Conceição, Guida, Luís e Rodrigo de Godinhaços), cinco não têm o hábito de questionar o médico (Céu, Glória, Sónia, Teresa de Godinhaços e Rodrigo de Gualtar).

Constatamos assim que, dos oito idosos que às vezes cumprem as prescrições médicas, apenas cinco deles pedem com regularidade esclarecimentos médicos e dos 12 idosos que afirmam não cumprir a prescrição, cinco deles não questionam este profissional de saúde. No geral, doze idosos pedem esclarecimentos médicos ao profissional de saúde ou a familiares que trabalhem na área da saúde ou vizinhos. Aqueles idosos que habitualmente não pedem esclarecimentos médicos fazem-no por dificuldades em formular questões, mas também pelo receio de questionar (Epstein *et al*, 2004).

São cinco os idosos que cumprem as ordens médicas e simultaneamente pedem esclarecimentos médicos (Alice, Camilo, Isabel, José e Eva) e sete os que referem nem sempre cumprir as ordens médicas, mas pedem esclarecimentos (António, Eduardo, Samuel, Carolina, Conceição, Guida e Luís). Estes idosos partilham a necessidade de comunicar com o médico esclarecendo dúvidas e receios e fazem parte do grupo de idosos que está informado sobre a sua saúde e procura informações médicas junto dos profissionais de saúde. É de salientar que neste grupo se inserem os idosos com mais literacia em saúde e que, como tal, evidenciam mais conhecimento em saúde e competências que lhes permite adotarem comportamentos de decisão informada (Nutbeam, 2000).

Deolinda, Rita e Miguel cumprem as ordens médicas sem, na maior parte das vezes, terem necessidade de pedir esclarecimentos. Céu, Glória, Sónia, Teresa e Rodrigo nem sempre cumprem a prescrição médica e raramente pedem esclarecimentos médicos. Esta relação paternalista que o médico estabelece com 8 idosos, assenta numa relação em que os idosos atribuem grande poder ao médico ao confiar no seu diagnóstico, embora nem sempre o cumpram por razões económicas ou teimosia. Fazem assim, parte do grupo que não demonstra grande interesse em obter informações médicas demonstrando ter dificuldades de literacia em saúde pois nem sempre sabem o que perguntar. Esta incapacidade de aceder à informação e de a usar eficazmente pode resultar em dificuldades comunicacionais (Nutbeam, 2000). De acordo com o estudo de Rita Espanha, Patrícia Ávila e Rita Mendes (2016), o nível de literacia em saúde da população portuguesa diminui com o aumento da idade sendo que, quanto menor o nível de escolaridade, menor é a literacia apresentada.

À primeira vista não parece existir uma relação entre aqueles que cumprem as ordens médicas e a procura de informação médica, uma vez que são apenas cinco os idosos que afirmam cumprir as prescrições e pedir os esclarecimentos médicos. No entanto, convém realçar que dos oito idosos que afirmam não pedir esclarecimentos ao profissional de saúde, três deles são elucidados sobre o seu estado de saúde por familiares e vizinhos (Rodrigo, Teresa e Miguel). Assim, são quinze os idosos que demonstram estar informados sobre o seu estado de saúde e, salvo o Rodrigo, a Teresa e o Miguel, pedem esclarecimentos médicos o que não significa, contudo, que todos eles cumpram as ordens médicas. Os outros cinco idosos (Céu, Deolinda, Glória, Rita, Sónia), apesar de não terem o hábito de questionar, são informados pelo médico e enfermeiro o que significa que detêm informação sobre a sua situação clínica porque esta lhes é facultada por profissionais de saúde comunicadores.

Quando mencionam não cumprir as ordens médicas, os idosos referem-se essencialmente à alimentação (Sónia, Conceição, Carolina, Rodrigo), mas também à medicação (Céu, Teresa, Conceição, Guida).

Em relação à alimentação, Conceição refere que *“a médica manda-me comer de duas em duas horas. Está bem, estava sempre a comer, não fazia mais nada! (risos)”*. Sónia diz que *“doces nem pensar, mas eu tenho comido alguma coisa”*. Estudos de Silva, Vieira & Soares (2000) demonstram que a alimentação dos portugueses é pouco equilibrada. Os profissionais de saúde são os interlocutores privilegiados para, através da palavra, alterar comportamentos e estilos de vida dos idosos (Nunes, 2010) face à alimentação.

Quanto ao incumprimento médico na medicação, os idosos não a tomam ou porque se sentem mal com ela, ou porque consideram não precisar dela. Céu, preocupada com o efeito da medicação, afirma, *“estava a tomar o medicamento, começou-me a fazer mal ao estômago... não, eu para estar a tomar os medicamentos pra me fazer mal não, para isso não, arrume!”*. Guida afirma, *“tomo um quadradinho de lexotan para me acalmar. Ela [médica] receitou-me um por dia, mas eu nem chego a tomar um por dia”*. Também Teresa assegura que *“ter tinha [que tomar o remédio] ... mas não tomei! (ri-se)”*.

A medicação melhora a QdV do indivíduo (Cabral & Silva, 2010, Silva, Luís & Biscaia, 2004) e é essencial para o bem-estar da pessoa (Apifarma, 2011, Battaglioli-De Nero, 2007, Murray *et al*, 2004). Neste sentido, e tendo presente que 50% dos idosos com doenças crónicas não aderem à medicação (Murray *et al*, 2004), é fundamental educar e incentivar o utente à sua adesão (Battaglioli-De Nero,

2007, Galvão, 2006, Murray *et al*, 2004) melhorando para isso a comunicação com o profissional de saúde (Galvão, 2006, Gordon *et al*, 2007, Murray *et al*, 2004, Wilson *et al*, 2007).

Nem sempre se cumpre a prescrição médica porque, como refere Glória, “às vezes encontro-me melhor e já não me apetece tomar mais... (risos)”. Reza o ditado que de médico e de louco todos temos um pouco logo, em alguma altura, assumem-se como médicos. Neste contexto, Guida refere “eu vou ver o que ela [médica] me vai dizer e depois alinho se quiser!”.

As crenças sobre a medicação são uma barreira à adesão medicamentosa (van Eijken *et al*, 2003, Murray *et al*, 2004) sendo que os utentes tomam decisões sobre a sua medicação com base nessas crenças (Gordon *et al*, 2007).

Apuramos que, apesar dos idosos reconhecerem estar perante profissionais de saúde conversadores, apenas doze idosos afirmam pedir explicações ao médico sobre o seu estado clínico. Isto significa que não podemos partir do pressuposto de que todos os utentes querem ser informados (Ellen *et al* 2001, Humphreys, 2002) e, por outro lado, é ainda evidente o poder e o respeito que o profissional de saúde, principalmente o médico, exerce sobre o utente.

Existe relação entre o pedido de explicações médicas por parte dos idosos (12 idosos) e a permanência destes no consultório médico, que é para dezoito deles o tempo necessário. Camilo é o único idoso que considera diminuto o tempo disponibilizado pelo médico de família e, por essa razão, não pede explicações médicas afirmando que “fico frustrado com o meu médico, cumpre religiosamente os 10 minutos para cada utente que é quanto eles têm, 10 minutos por utente. Despacha. Eu saio de lá... Felizmente que não preciso!”. Enfim diz que “mesmo que queira estabelecer um diálogo com ele, fico logo atado com o tempo, não há grande proximidade”. Este idoso denuncia uma relação centrada no médico em que a principal preocupação deste profissional é a doença e não o utente (McWhinney, 2010, Ramos, 2008).

**Tabela 14 - Permanência no consultório médico**

Idosos	Muito tempo	Tempo suficiente	Pouco tempo
Gualtar	2	8	1
Godinhaços	0	8	0
Total	2	16	1

A maioria dos idosos considera que o tempo que permanece no consultório médico é suficiente (16 idosos, 8 de cada uma das freguesias) sendo que dois deles, o Camilo e a Conceição, consideram passar muito tempo no consultório médico. O Camilo distingue o tempo que passa com o atual médico de família, que considera ser insuficiente, e o tempo que passa com a médica que consulta regularmente no privado (que é a sua antiga médica de família). Miguel e Rodrigo referem não pedir explicações sobre o seu estado clínico, mas consideram ser suficiente o tempo que passam no consultório médico.

Referimos anteriormente, que há autores que defendem que explorar os sentimentos do utente aumenta o tempo da consulta (Epstein *et al*, 2005) e outros que demonstram o contrário (Levinson, Goraware-Bhat & Lam, 2000, Margalit *et al*, 2004, McWhinney, 2010).

As orientações políticas em matéria de saúde sugerem a mudança centrada no cidadão de modo de modo a promover o que atualmente se designa de cuidados de proximidade. Estes cuidados de proximidade só existem se os profissionais atenderem à situação pessoal de cada um. Quando o cidadão procura cuidados médicos fá-lo porque os considera necessários para o seu bem-estar exigindo que o profissional de saúde proceda em consonância com as suas necessidades. Ainda está, contudo, patente no médico a ideia de que não devem estabelecer relações afetivas com os doentes para não perderem a objetividade e para que as consultas não sejam morosas. Constatamos que a maioria dos idosos estabelece relacionamentos opostos com os médicos, valorizando relacionamentos de partilha, esclarecimento e participação com este profissional.

Os relacionamentos estabelecidos com os profissionais de saúde demonstram que, no geral, as consultas parecem estar centradas no utente. Tal situação influencia o estado de saúde de cada um (Stewart *et al*, 2000) e a postura que o idoso adota perante a doença.

### **6.3. Postura face à doença**

A perceção do profissional de saúde e a relação de comunicação com ele estabelecida aliada às características pessoais e sociais do idoso, influenciam a forma como cada um interpreta a doença e se posiciona perante ela. A interpretação da doença e a forma de a olhar coloca o utente numa posição em que este pensará porque é que lhe aconteceu a ele e adaptará uma determinada postura perante a doença, postura essa que depende da sociedade e da estrutura cultural em que se insere (Pereira, 1993).

**Tabela 15 - Definição de doença**

Idosos	Incómodo	Inatividade	Designio divino	Pessoal
Gualtar	6	4	3	1
Godinhaços	6	7	3	3
Total	12	11	6	4

Grande parte dos idosos (12) considera que a doença é um incómodo que conduz a um mal-estar e sofrimento físico. Rita e Eduardo evidenciam estes sentimentos. Rita realça o sofrimento físico da doença referindo *“eu não estou doente, mas estou mal das pernas, custa-me andar, tenho que sofrer”*. Já Eduardo destaca o mal-estar que sente quando está doente dizendo que *“é uma situação chata, mas com a qual temos de conviver o melhor possível”*.

Este incómodo que a doença acarreta conduz à inatividade (11 idosos), no sentido em que impossibilita os idosos de realizarem as suas tarefas diárias. Glória afirma *“quando estou doente não faço nada, o que é que eu hei-de fazer?”*. Eva compara-se, metaforicamente, a uma cabaça para explicitar o incómodo que a doença lhe causa afirmando *“estou como uma cabaça, parece que está sãzinha por fora e toda podre por dentro! É como eu estou, eu não posso tocar em nada”*. Para Camilo, estar doente *“é estarmos limitados na nossa ação”*.

Apesar da inatividade subjacente à doença e do incómodo que esta representa na vida do indivíduo (Duarte, 2002, Herzlich, 1996, Parsons, 1951), a postura dos idosos face à doença é de aceitação (20 idosos).

**Tabela 16 - Postura face à doença**

Idosos por freguesia	Postura face à doença									
	Aceitação	Sufrimento	Religiosa	Preocupação	Coragem	Desânimo	Cumpridora	Desleixo	Inconformismo	Receio
Gualtar	10	9	9	6	6	6	6	3	4	4
Godinhaços	10	9	6	6	6	5	3	5	3	2
Total	20	18	15	12	12	11	9	8	7	6

A totalidade dos idosos assume uma postura de aceitação face à doença. António afirma que *“é normal estarmos doentes”*. Eva comenta que *“já não posso fazer muito, estou cheia de ferrugem... o que é que se há-de fazer?! (risos)”*. Rodrigo diz que *“cada um tem que olhar por si, se quiser andar neste mundo”*.

Ao aceitarem a doença, os idosos demonstram bem-estar face à sua situação clínica, apesar da idade que têm e dos problemas que geralmente a ela vêm associados. É interessante constatar que este bem-estar sobressai mais nos idosos de Gualtar, supostamente mais doentes e fisicamente dependentes. Expressões como a de Guida *“ainda estou no ativo”*, e de José *“eu não tenho tido grandes problemas, (...) sou rijo, sempre fui”*, comprovam esta postura de bem-estar. Constatamos assim, a importância atribuída à promoção do bem-estar para melhorar a QdV tal como defendem Ann Bowling & Steve Iliffe (2011).

Grande parte dos idosos apresenta uma postura de sofrimento face à doença (18 idosos) o que vai ao encontro da definição de doença como um incómodo. O sofrimento é, assim, referido por todos os idosos com exceção de Camilo e Eduardo. Apenas Carolina, Eva, Glória e Sónia afirmam estar em constante sofrimento, todos os outros relatam episódios clínicos esporádicos do sofrimento vivenciado. Conceição afirma, *“achei-me lá mal, perdi a anestesia (...). Dói tanto picar!”*. Miguel, a propósito da intervenção cirúrgica ao coração a que foi sujeito, relata também que *“(…) passei muito mal. Eu dizia que doía, mas os médicos animavam «está quase, está quase, já só falta um bocadinho...»”*.

Quinze idosos olham a doença numa perspetiva religiosa. Nos discursos, são visíveis expressões como *“Deus Nosso Senhor é que sabe”* (Guida), *“e assim se vai vivendo enquanto Deus quiser”* (Rita),

“quem manda é Deus” (Teresa), “vou tomando as minhas droguinhas, mas estou bem, graças a Deus” (Alice), demonstrativa da aceitação religiosa da doença. Apesar desta postura religiosa evidenciada face à doença, apenas seis idosos a caracterizam numa perspetiva religiosa, como um desígnio de Deus. Os idosos que assumem esta perspetiva religiosa, Eva, Glória e Teresa de Godinhaços, Isabel, Luís e Rodrigo de Gualtar, são detentores de baixas habilitações académicas e são, maioritariamente, mulheres.

Doze dos idosos entrevistados (6 de cada freguesia) demonstram ter preocupação com a saúde, doença, medicação, alimentação e tratamento. Alice assume ter preocupação com a sua saúde ao afirmar “*vamos tendo cuidado com a gente*”. Carolina manifesta preocupação com a doença contando que “*não me doía nada e por não doer é que eu estava preocupada, sabe que as coisas que doem são melhores que as que não doem*”. António demonstra uma atitude de preocupação face à medicação dizendo que a médica de família “*deu-me uns comprimidos para a noite, no fim de comer, e não tomo mais nenhum porque me faz mal ao estômago. E eu não tomo*”. Glória expressa preocupação com a alimentação relatando que “*o médico diz que não posso usar azeite nem gorduras, só carne de vaca, é o que eu gasto*”. Luís revela preocupação com os tratamentos médicos declarando “*a médica manda-me descansar tempo suficiente. Quando me sentir mais cansado sentar-me (...). São estas normas a que a gente se vai adaptando*”.

A coragem face à doença demonstrada por doze idosos (6 de cada freguesia) é visível em diversas expressões usadas ao longo do discurso. Realçamos a expressão de Carolina que afirma “*temos que aprender a viver com o que temos*”, a da Glória que diz “*eu não sou de gemer*” e a da Guida que afirma “*nunca me dou por cansada*” (risos).

Nem sempre os comportamentos e atitudes dos idosos face à doença são os ideais, sobressaindo atitudes de desânimo de onze idosos (6 deles de Gualtar) face ao seu estado clínico. Carolina declara “*não fiquei assim capaz de viver sozinha*”, Céu afirma “*já não presto para nada*”, Sónia conclui que “*com a minha idade já não tenho forças*”.

Os idosos demonstram ser cumpridores das orientações dadas pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros (9 idosos, 6 deles de Gualtar). Deste modo, Alice afirma que “*nas nossas idades, nem tudo é permitido fazer e a gente não faz*” e Glória refere também “*Sou cumpridora, se não cumprisse onde estava eu!*”.

Esta postura cumpridora evidencia um comportamento proativo, de iniciativa, tornando-se assim o principal responsável pela sua saúde. Para isso, é necessário que o idoso procure e receba informação objetiva e compreensível que lhe permita tornar-se um *doente informado* (kivits, 2004).

O desleixo face à doença é outra atitude visível em oito idosos (5 deles de Godinhaços) quando estes não cumprem as prescrições dos profissionais de saúde nomeadamente, se recusam a procurar um profissional de saúde, a realizar exames médicos e a tomar a medicação. Em relação à recusa na procura de um profissional de saúde, Eva refere *“só vou quando me apetece [ao médico], sou alérgica!”*. Quanto à não realização de alguns exames médicos, António relata que *“[o médico] queria que eu fizesse uns exames aos intestinos antes dos 80 anos, mas eu não fui fazer. Não, não fui, porque eu sei bem o que é e como é (ri-se). Eu também não tinha sintomas nenhuns disso, fiz todos os exames, mas aquele não o fez”*. Relativamente à rejeição da toma de medicação, Conceição diz que o médico *“receitou-me um medicamento e nem o comprei e ela [doença] lá foi, ao fim de 3 semanas, deixou-me toda rebentada, mas lá foi!”*.

É tarefa do profissional de saúde influenciar o estado de espírito do idoso, o qual se repercutirá no seu estado de saúde. A comunicação é a melhor forma do profissional de saúde tornar o utente capaz de lidar com a doença e de se responsabilizar pela sua saúde (Stewart, 1995). Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde detenham habilidades comunicacionais para identificarem corretamente os problemas médicos dos utentes (Maguire & Pitceathly, 2002).

Demonstrações de inconformismo face à doença e à atitude dos profissionais de saúde também são visíveis em sete idosos, quatro deles de Gualtar. José assume o seu inconformismo face à doença referindo *“se me largam eu caio... já viu ao que chega um homem? (...) agora põem-me uma fralda... já viu ao que cheguei?”*. Relativamente à atitude dos profissionais de saúde, são vários os episódios de inconformismo descritos ao longo das entrevistas. Céu relata a seguinte situação:

*“o meu médico de família tentou trocar-me o remédio da vista, não deixei, ele não é especialista da vista, porque é que ele me ia trocar o remédio? Foi o especialista da vista que me deu aquele remédio. Não deixei. Também não gosto que os farmacêuticos me troquem os medicamentos”*.

Contornar atitudes e comportamentos de idosos menos positivos passa por centrar a consulta no utente valorizando a comunicação. Só deste modo os profissionais de saúde motivam o utente e influenciam-no (Stewart *et al*, 2000) tornando-o capaz de lidar com a doença e de se responsabilizar pela sua saúde (Stewart, 1995). Neste contexto, é fundamental que o profissional de saúde detenha

habilidades comunicacionais para identificar, corretamente, os problemas médicos do utente (Maguire & Pitceathly, 2002).

Os idosos assumem, perante a doença, uma postura de receio de ficar incapazes e de dar trabalho aos familiares (6 idosos, 4 deles de Gualtar). Samuel, Sónia (Godinhaços), Carolina, José e Luís (Gualtar) receiam ficar incapazes e acamados. José conta, *“eu estou bem, sinto-me é muito fraco das pernas, não me seguro em pé... quando cair numa cama, não sei”*. Este receio de incapacidade física vem associado à preocupação de ser um empecilho aos filhos (três idosos, dois de Gualtar). Sónia diz que *“tenho medo de ficar na cama e dar muito trabalho e parece que Deus castigou-me. Dou trabalho, não acha?”*. Também Carolina refere que *“não queria dar trabalho a ninguém”* e Rodrigo comenta *“eu sou uma preocupação para os meus filhos”*.

Estas perspetivas pessimistas face à doença estão patentes na forma como os idosos veem a doença sendo que, alguns idosos a consideram um designio divino. A este propósito Eva afirma *“o Senhor dá um peguinho a cada um”*. Rodrigo diz *“as doenças, Deus é que as dá e temos que sofrer com paciência e amor a Deus”*.

As posturas face à doença evidenciam que a forma como esta é percecionada e sentida depende de cada um e da sua herança cultural (Duarte, 2002, Herzlich, 1996), daí que, a doença seja encarada por quatro idosos de forma pessoal, como refere Glória, *“cada qual sofre as suas”*.

Enfim, constatamos que os idosos assumem uma postura de aceitação da doença embora o sofrimento, o desleixo, o desânimo e o inconformismo também estejam presentes. Verificamos que existe relação entre a postura apresentada perante a doença e a caracterização do médico e do enfermeiro. A postura de aceitação da doença demonstradas pela maioria dos idosos entrevistados está relacionada com os atributos do médico, tido por quase todos os idosos como atencioso, comunicador e competente e do enfermeiro, considerado como atencioso, comunicador, competente, disponível e imprescindível.

As práticas e conhecimentos face à doença aliadas à cultura e ao meio em que vivem ditam a procura de cuidados de saúde sendo que esta procura não é unicamente baseada na ciência médica.

#### **6.4. Saberes de Saúde e de Doença**

O idoso é detentor de um conjunto de saberes de saúde e de doença que resultam de uma multiplicidade de informações transmitidas pelos órgãos de comunicação social (televisão, jornais e redes sociais), pelos profissionais de saúde, mas também por conhecimentos geracionais transmitidos por familiares, vizinhos e amigos, que constituem a sua herança cultural (Duarte, 2002). Estes saberes

de saúde englobam os saberes que o indivíduo detém sobre a doença, a cura e a prevenção da doença.

Esta panóplia de informações a que o indivíduo, cada vez mais, tem acesso na atual sociedade de informação, muitas vezes contraditórias, pode resultar na recusa da aceitação das indicações dos profissionais de saúde (Davis & Fallowfield, 1991, Duarte, 2002) e na consequente procura doutros profissionais de saúde (Corney, 2000, Schofield, 2004, Teixeira, 2000) e de outras áreas de saber para resolver os problemas de saúde.

Cada indivíduo, de acordo com os saberes médicos que detém e a interpretação que deles faz, utiliza o corpo e reage à doença de determinado modo (Duarte, 2002). A cura, enquanto construção social (Dominguez, 2010, Duarte, 2002, Nunes, 1997), assume contornos e interpretações diversas sendo que, cada cultura, possui diferentes técnicas de cura.

O meio em que se insere e a informação de que dispõe aliadas ao desassossego provocado pela doença ditam a procura de uma ou mais áreas de saber usadas separadamente ou em simultâneo. Fundamental no processo de cura é a vontade do utente se curar e a certeza de ter escolhido a forma adequada para alcançar essa mesma cura (Pereira, 1993). Debrucemo-nos sobre essas diferentes áreas de saber: medicina tradicional e complementar, religião, ciência médica.

Para António Fontes & João Sanchez (1995), fazem parte do discurso popular português as explicações transcendentais de saúde e de doença. Cristina Bastos & Teresa Levy (1987:222) definem medicina popular como as práticas de raiz empírica e as medicinas alternativas “baseiam-se em sistematizações eruditas de outros tipos de saberes sobre o corpo e a saúde”.

A medicina tradicional<sup>34</sup> privilegia as necessidades pessoais do indivíduo. O tratamento é adequado às pessoas e às suas circunstâncias sociais. A medicina alternativa<sup>35</sup> corresponde a formas de cuidados de saúde que não se encontram inseridas nos sistemas nacionais de saúde e que não fazem parte da

---

<sup>34</sup> Definida pela OMS (2013: 15) como a “suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”.

<sup>35</sup> Definida pela OMS (2013: 15) como “un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional”.

tradição do país. A OMS associa a medicina alternativa e complementar à medicina tradicional sugerindo o termo medicina tradicional e complementar (OMS, 2013).

Estas terapias classificam-se em terapias de medicação onde se utilizam medicamentos à base de ervas, parte de animais e/ ou minerais e em terapias sem medicação tais como a acupuntura, o yoga, o *taichi*, a terapia termal, entre outros.

Na opinião de Paulo Martins, o surgimento destas terapias alternativas vem associado ao pós Segunda Guerra Mundial e às conseqüentes transformações socioculturais sendo consideradas “como um dos ícones da reação reumanizante do campo médico” (2003: 249). A estas terapias vêm associados novos valores e rituais até então pouco difundidos, tais como as diferenças de género, a democracia sexual, novas religiosidades, novos movimentos sociais, entre outros. Por outro lado, o aparecimento destas terapias vem associado ao desagrado face à medicina e à visão do corpo. Perspetiva-se um corpo cultural e simbólico diferente do tradicional corpo biológico.

O incremento desta medicina nas sociedades ocidentais deve-se essencialmente a um maior acesso a informações sanitárias, à preocupação face aos efeitos químicos dos fármacos bem como a uma mudança de valores e de mentalidades associadas a uma intervenção mais ativa no processo de cura e à recusa do tradicional paternalismo médico (OMS, 2013).

Na opinião de Cristina Bastos & Teresa Levy (1987), o aumento do consumo destas medicinas alternativas deve-se, por um lado, a uma prática clínica centrada no modelo biomédico em que a atenção é colocada na doença em detrimento dos mecanismos psicológicos que, em muito, influenciam a cura da doença. Além disso, estas medicinas utilizam uma linguagem menos científica privilegiando uma maior proximidade e acompanhamento do utente.

A expansão das medicinas alternativas iniciada na década de 70 contribuiu para que a medicina oficial revesse os seus discursos e a prática biomédica e, em consequência, adotasse o paradigma de uma medicina biopsicossocial. De acordo com este paradigma, a doença deixa de ser entendida como uma anormalidade para ser tido em conta o indivíduo doente com sentimentos e emoções. Paulo Martins (2003: 260) refere que assistimos ao retorno da dádiva médica baseada no “resgate das significações da cura e do sentido humano da medicina numa direção contrária à da medicina utilitarista”.

Na medicina popular, encontramos os homens e mulheres de virtude e os endireitas (Nunes, 1997). Eva, Rita e o Samuel afirmam recorrer a estas manipulações físicas de curandeiros que são detentores de um saber especializado ao compor os ossos (Fontes & Sanchez, 1995). Neste sentido, Eva afirma “*a gente chamava, endireitava e ficava bem, às vezes ficava melhor que no hospital. Botava tudo ao sítio. Ficava a gente toda bem. Quantas pessoas iam lá. Arranjavam melhor que no hospital. O pai*

*sabia e ele aprendeu com o pai. Em tempos os endireitas eram bons, agora não sei. No hospital eles só ligam, não endireitam...”.*

A procura de mulheres de virtude segundo a designação de Berta Nunes (1997), ou de cuidados esotéricos como refere Luís Pereira (1993), é também uma opção de Teresa que afirma “*estou impedida pelo médico de ir a entendidos*”. Eduardo afirma que, perante um sistema de saúde cada vez menos equitativo e gratuito, com a introdução das taxas moderadoras, é natural que o utente recorra a “outros saberes” e,

*“(...) nem chame o enfermeiro, nem o médico e vá até ao curandeiro (...). Recorria-se muito ao bruxo como ainda hoje, quando a medicina falha ainda se vai ao bruxo, vai-se às mezinhas ou aos naturistas... são artes que passaram de geração em geração, vieram de família, através da tradição oral. É uma medicina mais centrada nas necessidades de cada um”.*

A par dos medicamentos receitados pelo médico, há um conjunto de remédios caseiros que são utilizados pelos indivíduos (Bastos & Levy, 1987). A maior parte destes remédios tem passado de geração em geração, tendo sido experimentados ao longo dos séculos nos seres humanos sendo os seus resultados conhecidos (Dehim, 1998). Apresentamos o receituário de saberes acerca da saúde e da doença utilizado pelos idosos quer na prevenção, quer no tratamento das doenças, destacando-se as infusões e os cataplasmas.

**Tabela 17 - Receituário de saberes de saúde e de doença**

Problema de saúde		Sugestão de cura	Idoso
Tosse		Chá quente com mel Chá com mel Chá de laranjeira ou limoeiro	Eva Deolinda Teresa/ Céu
Dores	Dentes	Aguardente Sal	Alice Isabel
	Barriga	Chá de urtigas Purgante e água fervida com azeite	Eva Samuel
	Corpo	Chá com mel e descanso Pano na cabeça embebido em aguardente	António
	Peito	Chá de limonete	Isabel
	Cabeça	Pano com vinagre na testa	Isabel
	Costas	Pano embebido em água quente nas costas	Isabel
Constipação		Leite quente com mel Chá de cidreira, laranjeira e de limoeiro Escalda pés e caldos brancos Linhaça e cataplasmas Água de arroz	Eva Teresa Eva Camilo Rita
Prisão de ventre		Chá de folha de sena	Carolina
Problemas de sangue		Chá de Urtigas	Eva
Nervosismo		Chá cidreira	Céu
Febre		Vinho quente com açúcar Escalda pés com urtigas e malvas e permanecer na cama para suar Escalda pés e esfregar o corpo com um limão quente. Chá e mel	Eva Deolinda  António Eva
Febre intestinal		Urtigas debaixo do lençol	Isabel
Ossos quebrados		Ventosas Endireita	Eva Isabel
Diarreia		Chá de cidreira	Isabel
Má disposição		Chá de cidreira	Isabel
Leucemia		Chá de Abacate	Rodrigo
Bichas		Água fervida com azeite	Samuel
Calmante		Chá de Cidreira	Guida
Fígado		Chá de Oliveira	Céu
Sarampelo		Vestir roupa vermelha e permanecer na cama	Teresa Isabel
Tensão		Chá de oliveira	Céu

Do estudo efetuado concluímos, tal como Berta Nunes (1997), que a primeira escolha dos idosos é a medicina. Eva, Isabel e Conceição são as únicas idosas que recorrem primeiramente a mezinhas caseiras e só depois à medicina. Isabel afirma *“estou um bocado constipada, mas não vou ao médico, tomo um chá e se não passa uma aspirina, passa logo”*.

Em simultâneo, os idosos recorrem a outra área de saber, a religião, apelando à intervenção divina, pedindo a intercessão de Deus e/ou dos santos, fazendo promessas e ofertas monetárias, quer para agradecer a graça da cura, quer para pedir essa mesma cura. A prática religiosa assente na fé católica, está assim presente nos idosos entrevistados e é visível em expressões como *“graças a Deus”* ou *“meu Deus do Céu”*, *“Nossa Senhora”*, *“Deus me livre”*, *“é o que Nosso Senhor quiser”*, *“quando Deus quiser”*, *“ó santo Deus!”*, *“ai meu Deus”*, *“graças ao bom Deus”*, *“vamos andando e a Deus louvando”*, *“por amor de Deus”*, *“estou à ordem de Deus”*.

Os idosos socorrem-se da religião em simultâneo com a ciência médica, ou quando esta falha. Luís afirma recorrer à religião quando a medicina parece não resultar dizendo *“quando não encontro apoio nas pessoas entendidas, neste caso dos médicos, tenho o apoio de Deus e isso dá-me muita força”*. Conceição, Isabel e Teresa asseguram recorrer à religião em situação de doença dizendo Conceição que *“eu, quando estou doente, peço a Deus que me sare, peço ao Senhor”* e Eva que *“primeiro Ele [Deus], depois o médico”*. Já Eva recorre a estas duas áreas de saber em simultâneo ao declarar *“confio em Deus e no senhor doutor”*.

O uso mais diversificado dos meios disponibilizados pelas medicinas tradicionais alternativas por parte dos idosos de Godinhaços pode ser explicado pelos relacionamentos mais afáveis e pelos comportamentos menos racionais existentes no mundo rural. A racionalização e o lugar que a ciência ocupa no meio urbano, aliada a relacionamentos mais distantes e reservados, explica o menor consumo destas medicinas alternativas.

Apesar do desencantamento das sociedades referido por Max Weber (1971), ainda se denota a crença no transcendente e no sagrado, segundo Durkheim (1996) ou, como refere Marcel Drulhe (1996), magia e religião fazem parte do imaginário das culturas prevalecendo até aos nossos dias apesar do desenvolvimento da técnica, da ciência e da crescente medicalização das sociedades ocidentais. Portugal assume-se como um país de práticas religiosas e, apesar de Moisés Martins (1990) e Millán Menéndez (2007) considerarem que estas têm vindo a diminuir, ainda se verifica o sentimento de pertença ao catolicismo enquanto grupo cultural.

Enfim, os idosos em situação de doença recorrem essencialmente ao saber médico e à prática religiosa, mas também ao saber popular embora, quanto ao saber popular, os idosos de Gualtar se limitem ao uso de infusões e os de Godinhaços diversifiquem mais estes saberes.

Na sociedade ocidental, o discurso médico é privilegiado face a outras formas de cura (Nunes, 1997) que, tradicionalmente, estão relacionadas com superstições e analfabetismo das populações. No entanto, estas formas de cura têm assistido, desde a década de 70, a um consumo generalizado e têm

sido usadas a par da medicina oficial. Proliferam as lojas de venda de produtos naturais ou recorre-se aos monges franciscanos de Montariol para comprar produtos medicinais naturais à base da planta de aloé vera.

Já em 1987, Cristina Bastos & Teresa Levy sugerem que a medicina incorpore aquilo que de eficaz estas medicinas alternativas têm e que ditam o seu sucesso. Para isso, é necessário traduzir a linguagem usada por estas medicinas alternativas para a linguagem médica.

O desafio é a integração destas medicinas alternativas na medicina oficial numa tentativa de enriquecimento desta última, tal como preconiza a OMS (2013). Assim, a estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 vem reforçar a estratégia 2002-2005 ao sugerir aos Estados membros a integração da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde através da criação de normas que garantam a qualidade, segurança e eficácia desta medicina tradicional complementar. Esta integração levanta muitas questões nomeadamente as classificações dos sistemas médicos, pois estamos perante diferentes formas de conhecimento e de valorização da realidade, da doença e da cura. Há ainda um longo caminho a percorrer neste sentido (Martins, 2003).

Apesar da crença religiosa e da procura da medicina tradicional e complementar, os idosos não prescindem do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais tendo noção das vantagens e limites deste serviço.

### **6.5. Avaliação dos serviços de saúde**

O alargamento da oferta de cuidados de saúde na cobertura e acessibilidade, bem como o acréscimo de recursos humanos, financeiros e técnicos disponibilizados pelo sistema de saúde, permitiram grandes progressos na saúde dos portugueses, nos últimos 40 anos.

Indicadores como a esperança média de vida e a redução da taxa de mortalidade infantil, a criação do Sistema Nacional de Saúde<sup>36</sup>, a publicação da Lei de Bases da Saúde<sup>37</sup>, a transferência dos hospitais das Misericórdias para o Estado, os hospitais público-privados e a ação crescente de grupos privados na saúde, permitem-nos avaliar o desenvolvimento do sistema de saúde português (Ribeiro, 2009).

---

<sup>36</sup> Decreto -lei n.º 11/ 93 de 15 de janeiro

<sup>37</sup> Lei n.º 48/ 90 de 24 de Agosto

Estamos perante um comprometimento político na saúde e bem-estar das populações associado a um desenvolvimento médico científico que se repercute na melhoria das condições de vida das populações (Cabral & Silva 2002).

Alguns idosos expressam uma opinião positiva face aos serviços hospitalares o que se reflete na crescente procura de cuidados médicos públicos e, conseqüentemente, na procura desses cuidados nos serviços particulares apenas para situações pontuais (Ribeiro, 2009). Apenas a Alice, o Camilo, a Carolina e o Luís, idosos de Gualtar, e o Eduardo, de Godinhaços, afirmam ir a consultas de rotina ao médico particular, apesar de terem médico de família. Todos os outros idosos vão ao médico particular esporadicamente, por necessidade, tal como referimos anteriormente (Conceição, Guida, Isabel, Rodrigo de Gualtar e António e Sónia de Godinhaços).

Procuram-se os serviços privados devido à rapidez e qualidade dos meios complementares de diagnóstico e terapêutico, à prontidão no tratamento dos utentes cirúrgicos, à cobertura de especialidades não comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde, como é o caso da medicina dentária, mas também devido ao atraso nas consultas de especialidade por parte dos serviços públicos (Ribeiro, 2009), e à rapidez no atendimento (Cabral & Silva, 2002).

Tal como constatámos neste capítulo, os idosos procuram os serviços privados devido à qualidade dos profissionais de saúde (Alice, Camilo e Carolina), dos serviços prestados (Eduardo, Alice, Camilo e Luís) e do atendimento (Alice, Carolina e António).

Grande parte dos cuidados de saúde oral não é financiada pelo SNS daí que, quando necessário, os idosos tenham que recorrer à oferta privada (Camilo, Isabel, Luís de Gualtar). Apesar do SNS financiar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral a crianças, grávidas e idosos, nenhum dos idosos refere usufruir deste programa.

Dos dez idosos que recorrem (ou já recorreram) esporadicamente aos serviços médicos particulares, oito são de Gualtar (Alice, Carolina, Camilo, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Rodrigo) e apenas três de Godinhaços (António, Eduardo e Sónia). Todos concordam que a postura do médico e do enfermeiro no setor privado é diferente da dos profissionais do público. Deste modo, quando traçam o perfil do médico e do enfermeiro de atencioso, comunicador e competente referem-se essencialmente aos médicos particulares de medicina geral, pois não podemos esquecer que os idosos consideram que os médicos especialistas se focam unicamente no órgão doente. Por outro lado, são os idosos de

Godinhaços que identificam maior número de características negativas nos médicos e, curiosamente, os que os visitam com menor frequência.

Carolina realça que “*no hospital privado eles [profissionais de saúde] são bons, são melhores, têm outro atendimento, recebem as pessoas com muita educação*”. Eduardo vai mais longe e questiona o porquê desta diferença no tratamento dos utentes no privado *versus* público. Refere que “*no privado a forma de tratar os utentes é diferente. Porquê? Porque não têm os médicos a mesma atitude, independentemente do local onde trabalham? E lá vamos nós outra vez à questão económica!*”.

O ex-ministro da saúde, Luís Filipe Pereira, referiu (2002) que perto de 40% de portugueses recorrem aos cuidados de saúde privados por falta de resposta do Serviço Nacional de Saúde<sup>38</sup>. Pedro Pita Barros (2021), no relatório que elaborou sobre o acesso a cuidados de saúde da população portuguesa, mencionou que, em 2020, um grande número de pessoas procurou unicamente o sector privado, mas que houve igualmente um maior número de pessoas a passar por mais do que uma entidade do SNS como primeiro ponto de contato. Para o autor, existem três grupos de cidadãos: os que só procuraram apoio no sector público (84,65%), os que só se dirigiram apenas ao sector privado (7,14%) e os que tiveram contato com ambos os sectores (4,73%). Os 1,28% que não vão nem ao sector público nem ao sector privado correspondem a outras situações, como a procura de aconselhamento junto de um farmacêutico ou de um enfermeiro. Esta análise, que deve ser inserida no contexto da pandemia da COVID-19, revelou, na opinião do autor, uma forte capacidade do SNS de atração dos cidadãos e, por outro lado, que há uma maior probabilidade de um cidadão de classe socioeconómica mais elevada optar por contactar unicamente o sector privado.

O número de pessoas que possui um subsistema de saúde e/ou seguro de saúde tem aumentado (Ramos & Gonçalves, 2010). Na opinião de Mateus et al (2017) quase 40% da população portuguesa está coberta por subsistema de saúde privado/público.

A Alice, o Camilo, o Eduardo, a Carolina, o Rodrigo e a Guida têm um subsistema de saúde (ADSE) daí que consultem alguns especialistas do hospital privado pois têm desconto nas consultas. Apesar de recorrer ao hospital privado Guida refere não frequentar com mais assiduidade médicos particulares porque “*não me sobra o dinheiro nem o tempo, é as duas coisas (risos)*”.

---

<sup>38</sup> Jornal Público, 11 de maio de 2022

É o Sistema Nacional de Saúde que assegura cuidados de saúde adequados à população residente de forma universal e tendencialmente gratuita. No entanto, de acordo com a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (2018), um quarto da população residente em Portugal (mais de 2,7 milhões de pessoas) possuía, em 2017, seguros de saúde.

Neste contexto e, indo ao encontro do estudo levado a cabo por Oliveira (2010), concluímos que se recorre ao setor privado para consultas de especialidade, cuidados dentários e serviços de diagnóstico e ao SNS para cuidados hospitalares e cuidados primários.

Face a um SNS universal e tendencialmente gratuito, poderíamos questionar o lugar dos operadores privados. Temos assistido a um acréscimo do papel destes operadores o que se deve por um lado, à incapacidade de resposta adequada e em tempo oportuno dos serviços do Estado à população. Por outro lado, estamos perante o que Richard Bohmer (2000) e José Ribeiro (2009) denominam de nova classe de consumidores de saúde, Samantha Adams & Antoinette Bont (2007) de *utente reflexivo* e Joelle Kivits (2004) de *paciente informado*. Estes novos consumidores são pessoas bem informadas e com acesso à informação que demonstram preocupação com a qualidade, o preço e a conveniência do serviço prestado. Já não estamos perante um consumidor que aceita a tradicional relação assimétrica médico/utente, mas que interfere ativamente na sua saúde bem como na escolha do profissional e da instituição de tratamento.

Grande parte dos idosos participantes na investigação insere-se nesta nova classe de consumidores ou utentes informados quando demonstra participar ativamente nas decisões da sua saúde e quando valoriza profissionais de saúde com posturas diferentes em termos comunicativos e serviços de qualidade, capazes de encontrar soluções rápidas para o seu problema de saúde. Apenas Céu, Deolinda, Rita e Rodrigo, detentoras de baixas qualificações académicas, evidenciam uma certa iliteracia face às questões de saúde e de doença e demonstram mais dificuldades comunicativas com os profissionais de saúde ao assumirem não saber o que lhes perguntar.

Estas posturas face ao serviço de saúde resultam da construção individual e social da doença e do apoio que o idoso dispõe, onde englobamos um conjunto de pessoas, familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde e auxiliares que o apoiam.

## 6.6. Redes de Apoio

A doença traduz-se, na maioria das vezes, num desassossego não só físico, mas também psicológico, que, aliado à perda de memória e senilidade consequentes da velhice, levam os idosos a recorrerem a redes de apoio entendidas como um conjunto de relações interpessoais que apoiam o idoso em diversos contextos. Estas redes podem ser de natureza formal ou informal. Nas redes informais, o apoio recebido é voluntário, não remunerado e assente em relações de proximidade, nomeadamente de vizinhança, amizade e, na sua maioria de parentesco. Nas redes formais, o apoio é prestado por instituições e serviços, públicos ou privados, através de profissionais especializados e, como tal, é remunerado (Rosa & Benício, 2009).

Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013: 92) falam em redes interpessoais considerando-as como “redes de confiança que dizem respeito às relações interpessoais que os inquiridos estabelecem com outras pessoas a fim de falarem sobre assuntos importantes e partilharem preocupações ou problemas quotidianos”. Neste sentido, perguntamos aos idosos em quem confiavam em situação de doença e, pela análise das entrevistas, constatamos que os idosos, de ambas as freguesias, em situação de doença, recorrem em primeiro lugar à família. Paralelamente, valem-se também dos amigos e/ou vizinhos. Em Godinhaços, apenas Eduardo não recorre a amigos e/ou vizinhos e, em Gualtar só cinco idosos se referem aos vizinhos e à importância destes quando estão impossibilitados de realizar as suas tarefas diárias (Carolina, Conceição, Isabel, Luís), ou quando têm alguma dúvida sobre o seu estado clínico (Miguel).

Daqui se conclui que, para além da família, catorze idosos depositam a confiança nos amigos/vizinhos, quatro na médica (Alice, Camilo, Luís de Gualtar e Eduardo de Godinhaços), três no farmacêutico (Conceição de Gualtar, Deolinda, Eva de Godinhaços) e três no enfermeiro (Eduardo, Conceição e Isabel). Surpreendeu-nos que apenas catorze idosos recorram aos vizinhos quando o seu estado clínico assim o exige, o que não nos permite concluir que os idosos não estabelecem relações de vizinhança, tal como veremos mais adiante, simplesmente os assuntos do quotidiano, que consideram importantes, são partilhados nas redes familiares. Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013), no estudo realizado sobre as redes sociais no idoso, encontraram resultado idêntico.

Constatamos assim, que os idosos privilegiam as redes de apoio informal, constituídas por um número restrito de membros, dois ou três, geralmente da família em detrimento da vizinhança e da amizade. O facto de todos os idosos, à exceção de Alice e Eva, viverem acompanhados por cônjuges (António, Céu,

Deolinda, Eduardo, Glória, Samuel, Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Miguel e Rodrigo) ou filhos (Rita, Sónia, Isabel, José, Luís e Teresa), nem sempre favorece a existência de membros não familiares nestas redes de apoio.

Aferimos que, em ambas as freguesias, os idosos que confiam no médico são os que possuem maiores habilitações literárias e que, a rede de apoio dos idosos de Godinhaços inclui família e amigos, ao invés da rede dos idosos de Gualtar onde o lugar ocupado pelos amigos/vizinhos é diminuto, privilegiando-se o parentesco.

Não estabelecemos relação entre a escolaridade dos idosos e o número de membros em quem confiam embora os estudos apresentados por Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013) e por Kristine Ajrouch, Alysia Blandon & Toni Antonucci (2005) refiram que quanto mais iletrados forem os membros, a tendência é a de estabelecer relações de confiança com menos pessoas.

Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013) referem que, quanto maior for a articulação entre o capital económico e o capital social, maiores tenderão a ser as redes de confiança estabelecidas. O estudo em questão não nos permitiu tirar tais ilações devido ao número de elementos da amostra que não a tornam representativa da população.

Verificamos que, com o aumento da idade, a dimensão da rede de apoio tende a diminuir como apontam as investigações de Manuel Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013) e de Ann Bowling *et al* (1993). Confirmamos que os idosos com mais de 80 anos de idade (Eva, Rita e Sónia de Godinhaços e Camilo, Carolina, Guida, Isabel, José, Rodrigo e Miguel de Gualtar) têm uma rede de apoio informal que se confina à família com exceção de Eva, Camilo e Isabel, três idosos vivaços e muito dinâmicos, que apresentam uma rede de apoio mais alargada. Depreendemos assim que, com o aumento da idade diminui a vontade de ter novos relacionamentos e de manter novos contactos sociais considerando os problemas de saúde responsáveis por esta diminuição das relações sociais.

Estabelecemos uma relação entre o tamanho das redes de apoio e a localidade onde habitam os idosos, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Manuel Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013). Concluimos que os idosos de Godinhaços possuem redes de apoio informal mais alargadas apesar de não fazerem grandes referências aos amigos e vizinhos. Pelo que nos foi possível observar ao longo das entrevistas realizadas e do tempo que passamos nesta localidade, estes idosos vivem em comunidade mantendo relações constantes e regulares com os vizinhos.

As relações de apoio instrumental, nomeadamente o apoio nas tarefas domésticas, são assumidas pelo próprio (Alice, Céu, Deolinda e Eva), pelo idoso com a ajuda dos familiares (Conceição, Luís e Miguel), pelo idoso com a ajuda do apoio domiciliário (Carolina), pelos filhos, netos ou noras (Carolina, Isabel, José de Gualtar e Rita, Sónia e Teresa de Godinhaços), pela esposa (Camilo, Rodrigo, Eduardo e Samuel), pelo idoso ajudado pela esposa (António) ou por uma empregada doméstica (Guida).

O apoio instrumental varia de acordo com o sexo e a idade, sendo que são três mulheres e três homens quem mais tem necessidade desse apoio, o que pode ser explicado pelo facto de sobre elas ainda recaírem as tarefas domésticas ou por a sua situação clínica o não permitir (Carolina), mas também pela debilidade física (Conceição, Miguel, Rita). Tradicionalmente, as tarefas domésticas são realizadas por mulheres pelo que não se sintam confortáveis a realizar estas tarefas e sejam ajudados pelos filhos, Luís, ou então devido à debilidade da esposa ajudem nestas tarefas, António e Miguel. Também José, viúvo, está acamado e depende do apoio instrumental da família. À medida que a idade aumenta, este apoio tende também a aumentar já que as pessoas vão perdendo faculdades físicas.

Filhos, noras/genros e cônjuges são o principal suporte dos idosos na doença. Os familiares diretos e os amigos/vizinhos acabam por ser importantes dando apoio emocional aos idosos. Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013) realçam este carácter predominantemente familiar das redes e o papel destas na obtenção de apoio emocional, de aconselhamento e instrumental.

As relações de aconselhamento, conselhos pedidos quando é necessário tomar decisões importantes, são referidas por quase todos os idosos, e são obtidos através do cônjuge, dos filhos, genros e noras, mas também dos netos.

Tal como defende Manuel Villaverde Cabral & Pedro Moura Ferreira (2013), concluímos que as relações de apoio entre idosos e membros das redes interpessoais são bilaterais na medida em que são proporcionadas e simultaneamente recebidas embora o apoio emocional e instrumental facultado seja superior ao apoio emocional recebido.

Os resultados evidenciam assim, que as relações de parentesco (cônjuge, nora/genro e filhos) são as principais fontes de apoio dos idosos, apoiadas pelas relações com amigos e vizinhos.

Sem dúvida que as redes de apoio são fundamentais para a manutenção do bem-estar e da QdV dos idosos (Bowling, 1995, Bowling *et al*, 2003, Paul, 2005a, Paul, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

## **6.7. Adesão terapêutica medicamentosa**

As atitudes face à terapêutica médica são importantes ao funcionarem como garante de QdV do idoso (Cabral & Silva, 2010, Silva, Luís & Biscaia, 2004). Este desempenha um papel fundamental na

utilização do medicamento, mas, a eficácia das terapêuticas depende também dos hábitos de saúde e principalmente do desempenho dos profissionais de saúde. É, assim, fundamental que a relação estabelecida entre idoso/profissional de saúde se funda em relações de comunicação onde o saber profissional do médico/enfermeiro possa ser transmitido ao utente numa linguagem simples e de acordo com o seu nível de entendimento cultural e cognitivo.

A adesão ao medicamento por parte do idoso é fundamental sendo uma parte importante dos cuidados com a pessoa idosa (WHO, 2003a).

### **6.7.1. Atitudes face à medicação**

Vivemos no tempo dos objetos em que o sujeito é absorvido pelo próprio consumo (Baudrillard, 1995). Cada objeto assume funções distintas das suas funções iniciais, bem como significados diferentes de acordo com uma lógica social.

O medicamento, enquanto objeto de consumo, reflete a posição social de quem os toma de acordo com a cultura existente nessa sociedade (Bourdieu, 1989). O consumo de medicamentos na atual sociedade hiperconsumista (Lipovetsky, 2000) pode ser entendido como uma forma de satisfação e um reflexo da flexibilidade e imprevisibilidade na compra destes produtos (Featherstone, 1995). A OMS (WHO, 2002c) estima que mais de 50% dos medicamentos são prescritos e vendidos de forma incorreta através da automedicação, medica-se em excesso o doente, com doses incorretas e que não estão de acordo com as diretrizes clínicas. Neste sentido, é urgente a promoção racional do uso do medicamento que mais não é do que a medicação adequada às necessidades clínicas e aos requisitos individuais por um período adequado e ao menor custo, para o utente e para a comunidade. Esta promoção do uso racional do medicamento passa pela supervisão do tipo de medicação, do volume de medicação prescrita e dos motivos da prescrição.

Em Portugal a percentagem de gastos com medicamentos é das mais elevadas da União Europeia e deve-se ao maior consumo de medicamentos, mas também à introdução de novos medicamentos (Pita, 2010).

O aumento dos custos com medicamentos significa custos para a saúde, mas representa uma melhoria na QdV dos portugueses. Deste modo, a despesa com os medicamentos deve ser vista como

um investimento embora seja fundamental definir políticas do medicamento a nível central e local (Lopes, 2008).

O medicamento enquanto símbolo de saúde, aparece como a solução mágica ao alcance do indivíduo que lhe permite sair duma situação de doença e alcançar a cura (Lèvefre, 1983). A associação entre o avançar da idade, o uso de medicamentos e a crença no medicamento como uma “solução mágica” conduz à automedicação<sup>39</sup> e ao uso inapropriado do medicamento.

Das atitudes evidenciadas pelos idosos face à medicação, concluímos que estes conhecem os medicamentos e demonstram ter uma atitude responsável. Atitudes menos positivas também são observadas, nomeadamente o incumprimento na utilização dos fármacos. Alguns idosos assumem uma postura de aceitação e demonstram organização face à toma do medicamento.

**Tabela 18 - Atitudes face à medicação**

Idosos por freguesia	Conhecimento	Responsabilidade	Incumprimento		Organização
			Esquecimento	Rejeição	
Godinhaços	10	7	2	2	0
Gualtar	10	8	2	2	4
Total	20	15	7		4

Todos os idosos demonstram ter conhecimento sobre os medicamentos que tomam.

Ao longo das entrevistas, os idosos raramente referem o nome dos medicamentos que tomam, contudo, todos demonstram saber para que é que os tomam, isto é, detêm conhecimento, de acordo com a capacidade de entendimento de cada um, da medicação tomada. Referindo-se à medicação, Deolinda afirma “[tomo] *para o colesterol, tensão, ossos e estômago que tenho a gastrite crónica*” e Sónia refere “*já me receitaram antibióticos, vitaminas e anti-inflamatórios*”.

Enfim, os idosos sabem que medicamentos tomam e a razão da toma. Curiosamente, são os idosos de Godinhaços, detentores de menores habilitações académicas, que demonstram estar mais bem

<sup>39</sup> Toma de medicação por iniciativa própria ou aconselhado por outros para alívio de sintomas sem indicação médica (WHO, 2000).

O Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, define automedicação como sendo a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.

informados face à medicação que tomam. Tal situação poderá ser explicada pelo facto de estes idosos apresentarem menos patologias e tomarem menos medicação que os idosos de Gualtar e, conseqüentemente, fixarem melhor o nome das patologias e a medicação a ela associada.

A maioria dos idosos (Alice, Camilo, Conceição, Isabel, José, Luís, Miguel e Rodrigo de Gualtar e Eva, Céu, Deolinda, Eduardo, Rita, Sónia e Teresa de Godinhaços) demonstra uma atitude responsável face à medicação ao cumprir a prescrição médica, ao reconhecer a importância do medicamento e que, em excesso, são prejudiciais. Quanto à importância da prescrição médica, Luís afirma *“não fujo daquela orientação dos médicos, não fujo à medicação”* e Rita realça *“tenho sempre remédios”*. Em relação ao reconhecimento da importância do medicamento Deolinda afirma *“não posso estar um dia ou dois que não tome o remédio da tensão, descontrola-se logo tudo. É todos os dias que tenho que tomar”*.

Relativamente à noção de que os medicamentos em excesso são prejudiciais, Eva comenta *“dizem que o que é pior é tomar remédios!”*. De facto, a automedicação acarreta alguns riscos como a negligência de sintomas, a ocultação de doença grave e o atraso no tratamento que se poderá repercutir no bem-estar do utente. Além disso, pode causar reações adversas, (Soares, 2002), dependência, resistência bacteriana e processos inflamatórios crónicos e degenerativos devido ao uso desmedido de anti-inflamatórios não esteroides (Santos, 2006).

Esta atitude de responsabilidade traduz-se na adesão terapêutica que, segundo a OMS (WHO,2003a), implica que o comportamento da pessoa coincida com as recomendações do profissional de saúde.

Estas posturas face ao medicamento são acompanhadas por situações menos adequadas como o incumprimento. Apesar de sete idosos demonstrarem posturas de incumprimento face à medicação, em quatro deles é por esquecimento próprio da idade (Guida e José de Gualtar, Rita e Teresa de Godinhaços). No estudo efetuado por Villaverde Cabral & Pedro Alcântara da Silva (2010) quase metade dos portugueses assume não tomar a medicação sendo este o principal fator que leva as pessoas a não seguir as instruções médicas. Bugalho & Carneiro (2004) sugerem que se utilize estratégias como as caixas de contagem com a medicação diária distribuída, a marcação de consultas no calendário e, sempre que possível, evitar alterar os esquemas terapêuticos, tudo para superar o esquecimento da toma da medicação.

Nos restantes idosos, o incumprimento ocorre por rejeição em situações específicas (Guida, Conceição de Gualtar e Deolinda, Sónia de Godinhaços). Guida é a idosa que evidencia um maior número de comportamentos incumpridores face ao medicamento, assumindo uma atitude de rejeição quando afirma que a médica de família *“receita-me um [comprimido] por dia, mas eu nem chego a tomar um*

*por dia*". A rejeição do medicamento também acontece quando sentem que a medicação é ineficaz. Assim, Deolinda diz, *"tomei medicamentos e continuava sempre igual..."*.

Para Leite & Vasconcelos (2003), o parar de tomar a medicação deve-se ao facto de os utentes a considerarem ineficaz e recearem os efeitos secundários que esta acarreta. São vários os idosos que se referem aos efeitos secundários da medicação, mas apenas a Céu deixou a terapêutica devido a esses efeitos. Os restantes idosos (Alice de Gualtar e Eduardo, Eva, Samuel e Sónia de Godinhaços) continuam com a terapêutica conscientes dos efeitos nefastos que esta pode provocar.

Verificamos ser diminuta e pontual a não adesão ao medicamento por parte dos idosos o que contrasta com os estudos de Cristina Galvão (2006) que afirma que 21% a 55% da população idosa não adere ao medicamento devido, entre outros aspetos, à polimedicação, à incapacidade para os tomar corretamente, aos efeitos secundários desagradáveis e aos custos elevados do medicamento. Tal como no estudo citado, os idosos demonstram preocupação com os efeitos secundários do medicamento. Sónia (Godinhaços) refere *"os medicamentos fazem bem a uma coisa e mal a outra. Feliz aquele que nunca os toma e tem saúde"*.

O incumprimento da terapêutica por parte dos idosos deve-se, essencialmente, a atitudes comportamentais, contrariamente ao estudo de Villaverde Cabral & Pedro Alcântara da Silva (2010) que também inclui as atitudes económicas.

Os idosos são grandes consumidores de medicamentos (Acúrsio *et al*, 2009, Barry, Gallagher, Ryan, 2008) sendo que, 60 a 90% os consome (Barbosa, 2009). Atendendo a este panorama, a toma de muitos medicamentos e a automedicação são algumas das formas mais comuns do uso irracional do medicamento (OMS, 2002c).

Do estudo efetuado, concluímos que os idosos de Godinhaços consomem menos medicamentos que os de Gualtar e que fazem um uso mais racional dos medicamentos pois apenas um idoso se automedica a conselho dum familiar (Glória). Quando perguntamos quem mandou tomar a medicação, todos afirmam que é o profissional de saúde, médico ou médico dentista, mas também assumem tomar medicação por iniciativa própria (Alice, Camilo, Conceição, Isabel de Gualtar) ou aconselhados por uma vizinha (Conceição, Isabel, Miguel de Gualtar). Sónia afirma *"ai, ir à farmácia buscar medicamentos sem receita médica não! Sem o médico de família me receitar não tomo"*.

**Tabela 19 - Quem manda tomar a medicação**

Idosos por freguesia	Médico	Próprio	Vizinha	Dentista	Filha
Godinhaços	10	0	0	0	1
Gualtar	10	4	3	1	0
Total	20	4	3	1	1

Constatamos que são os idosos de Gualtar que mais se automedicam por iniciativa própria ou seguindo conselhos de outrem, que tomam muitos medicamentos e, como tal, fazem uma utilização irracional destes.

Em relação à medicação tomada por iniciativa própria, Camilo afirma que *“a única medicação que eu tomo sem receita médica é a aspirina quando vou viajar”* e Isabel diz *“este aspegic só tomei dois, está cheinho, eu guardo-os para uma gripe”*.

Relativamente aos conselhos de outrem, Miguel afirma que a vizinha *“está muito orientada por causa da filha e ela mede a tensão e diz-me «tome mais um comprimido à noite e a gente amanhã vai ver». E (...) a coisa normaliza”*. Conceição, em relação a um comprimido, diz que *“até foi ali a Quinhas quejeira que mo deu”*. Glória também refere *“punha uma pomada francesa que me deu a minha filha e faz muito bem, quando dói os ossos ou que a gente caia aqui e acolá ponho, ao outro dia já não tenho nada”*.

Com exceção de Miguel e Alice, todos os idosos que se automedicam recorrem a medicamentos que não requerem receita médica como os analgésicos. Alice toma medicamentos que, no passado foram receitados pelo médico como os antidepressivos e Miguel toma anti hipertensores. Parecem ser as mulheres quem mais recorre à automedicação, tal como concluiu Cabral & Silva (2002), no estudo efetuado sobre a saúde e a doença em Portugal.

Na maior parte das vezes, os idosos cumprem a prescrição médica apesar de alguns deles referirem os elevados custos que esta acarreta. Sónia afirma *“Olhe que não ficam baratos! [os medicamentos]”*. Apenas Rita, que só toma medicamento para a tensão, refere, *“mas eles não são caros”*. De acordo com o estudo efetuado por Manuel Villaverde Cabral & Pedro Alcântara da Silva (2010), o fator económico é um dos motivos que conduz as pessoas ao não cumprimento da prescrição médica. Do estudo efetuado não podemos fazer a mesma afirmação uma vez que nenhum dos idosos se refere aos

custos do medicamento como um fator impeditivo no cumprimento da terapêutica, limitando-se a realçar o elevado custo destes.

A complexidade do regime medicamentoso é determinante para a adesão. Assim, quanto maior o número de medicação tomada menor é a adesão à terapêutica (Conn *et al*, 1991, Johnson *et al*, 2005). No presente estudo, são os idosos de Gualtar que tomam maior número de medicamentos, mas são os idosos de Godinhaços que apresentam maior incumprimento face à medicação. A questão cultural reveste-se de suma importância uma vez que a ruralidade e isolamento de Godinhaços tornam-nos menos voltados para a toma de medicamentos em comparação com a localidade de Gualtar, mais urbana.

No sentido de melhorar a adesão à terapêutica, a WHO (2003a) propõe uma abordagem multidisciplinar sugerindo que os profissionais de saúde apoiem mais os utentes e os sensibilizem para a adesão à terapêutica, especialmente no caso de doença crónica. Melhorar a adesão terapêutica é um investimento em saúde e traduz-se numa maior segurança e QdV para o utente.

No sentido de se alcançarem melhores resultados terapêuticos e de combater estas atitudes que Manuel Villaverde Cabral & Pedro Alcântara da Silva (2010) denominam de atitudes de resistência, é necessário agir sobre as principais barreiras à intervenção terapêutica (WHO, 2003a): o acesso à saúde e a medicamentos, combater o analfabetismo e a pobreza e adequar os serviços de saúde às crenças culturais sobre a saúde e a doença (barreiras socioeconómicas); má comunicação entre profissionais de saúde e utentes, falta de meios auxiliares de diagnóstico e de tratamento (barreiras dos sistemas de saúde e equipas); dosagem, frequência e efeitos adversos do medicamento (barreiras no tratamento); sintomatologia e limitações da doença (barreiras da doença); falta de informação e de motivação bem como de apoio na mudança comportamental (barreiras do utente).

Cristina Galvão (2006) sugere algumas estratégias para melhorar os riscos associados à terapêutica medicamentosa que pressupõe uma melhoria na comunicação médico-utente através, por um lado, da educação permanente do utente, informando-o de como tomar a medicação e dos seus efeitos, e, por outro lado, tentar que o idoso invista no autocuidado.

Os idosos de Gualtar, detentores de uma terapêutica maior que os de Godinhaços, são também os que evidenciam uma maior organização do medicamento (4 idosos) disponibilizando gavetas ou prateleiras dum armário para os acondicionar, geralmente separados dos medicamentos do cônjuge. Neste contexto, Rodrigo diz “*os meus medicamentos estão numa gaveta e os dela [esposa] noutra*”.

A família funciona como o maior suporte dos idosos e é também importante na compra da medicação do idoso, principalmente daqueles que estão acamados ou mais dependente física e psicologicamente.

A maior parte dos idosos (13) compra a sua própria medicação (Alice, Camilo, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Miguel de Gualtar e António, Céu, Eduardo, Eva, Rita, Samuel de Godinhaços) e, quando não o pode fazer, solicita a um familiar, neto, nora ou filho (Rita, Samuel e Guida). Carolina e José, fisicamente dependentes, obtêm a medicação através dos netos e dos filhos. São sete os idosos que referem ser os netos que compram a medicação (Carolina, José, Rodrigo de Gualtar e Deolinda, Eva, Samuel e Teresa de Godinhaços) e, para cinco idosos (Guida e José de Gualtar e Deolinda, Sónia e Teresa de Godinhaços) são os filhos. Para três idosos, são os cônjuges (Céu, Deolinda e Glória de Godinhaços) e outros dois (António e Eva de Godinhaços) referem ser alguém, familiar ou vizinho, que lhes compra a medicação quando eles não podem. Só Carolina e Rodrigo referem ser apenas os netos quando lhes é perguntado, quem lhes compra a medicação. Todos os outros idosos referem os membros da família que alternadamente lhes compram a medicação. A este propósito Deolinda refere *“dou-lhe o dinheiro, a receita e compra ele [marido], compra a Sameiro [filha], a Rita [neta], peço a quem mos traga”*.

Os idosos de Godinhaços ao serem detentores de redes de apoio mais alargadas recorrem a um maior número de pessoas quando não podem comprar medicamentos (António, Céu, Eva, Rita e Samuel) ou se não têm o hábito de os comprar (Deolinda, Glória, Sónia e Teresa) - cônjuges, filhos, netos, nora ou algum vizinho.

José é o único que afirma ser a filha quem lhe controla a terapêutica *“porque eu comecei a trocar tudo. Às vezes, não me oriento com ela [medicação]”*. Os restantes idosos gerem a sua própria medicação. A propósito da medicação, Samuel afirma *“tomo-a eu, sozinha. Ela não é pesada (risos)”*.

Em síntese, o maior acesso à informação por parte do utente tem vindo a alterar a prática de saúde na medida em que este não se limita a ouvir o prognóstico médico, mas refere e opta por diagnósticos e soluções terapêuticas que melhor se adequam à sua situação clínica. Tal realidade vem reforçar a ideia de que a adesão à terapêutica é fundamental para que o idoso melhore a sua QdV (Cabral & Silva, 2010, Silva, Luís & Biscaia, 2004), uma vez que os medicamentos são tidos como fator de bem-estar social e económico (APIFARMA, 2011).

A não adesão terapêutica apresenta-se como um problema individual e de saúde pública. É, assim, urgente investir na alteração de comportamentos motivando os idosos para a promoção da saúde e adesão à terapêutica medicamentosa.

Do estudo efetuado concluímos que os idosos, na maior parte das vezes, tomam a medicação de forma responsável e racional. Esta adesão medicamentosa resulta do envolvimento comunicativo profissional de saúde/idoso que, desta forma investe na saúde e na QdV do idoso.

### 6.7.2. Bulas médicas

A entrada de Portugal na Comunidade Europeia introduziu algumas alterações no setor do medicamento, nomeadamente no folheto informativo. Este torna-se mais pormenorizado e voltado para o aconselhamento ao utente (Pita, 2010).

A não adesão e o não cumprimento do tratamento medicamentoso comprometem a eficácia da terapêutica tal como referimos anteriormente. Para aumentar a adesão ao medicamento há que atender à bula médica e ao papel do profissional de saúde na sensibilização da adesão terapêutica medicamentosa e no acompanhamento farmacológico do utente.

Do estudo efetuado, é realçado o papel do profissional de saúde neste processo. Carolina, Conceição, José, Luís, Miguel, Rodrigo de Gualtar e Céu, Deolinda, Eva, Glória, Rita, Teresa de Godinhaços não leem regularmente as bulas médicas. Destes idosos, seis deles (José, Luís, Miguel de Gualtar e Deolinda, Eduardo e Rita de Godinhaços) dizem que não leem a bula médica porque tomam os medicamentos regularmente e já sabem para que servem e quais os seus efeitos. José afirma “*quando são medicamentos que eu já encaixei bem, não [leio]. Já sei bem pro que é, já tenho tudo orientado*”. Nove idosos (Alice, Camilo, Guida, Isabel, José, Luís, Miguel de Gualtar e Eduardo e Sónia de Godinhaços) afirmam ler a bula dos medicamentos para se informarem essencialmente quando lhes é receitado um novo medicamento.

Daqui depreendemos que a maioria dos idosos (12) conhece os medicamentos que toma graças aos esclarecimentos dos profissionais de saúde: quinze idosos (10 deles de Gualtar) consideram que o médico é esclarecedor e doze (8 deles de Gualtar) que é ouvinte; onze que é conselheiro e, oito que é esclarecedor. Esta preocupação comunicativa dos profissionais de saúde reflete-se no tempo de permanência no consultório médico que dezoito idosos (8 de cada freguesia) consideram ser suficiente. Deste modo, podemos afirmar que os profissionais de saúde com quem os idosos estabelecem relacionamentos assumem um papel primordial na literacia dos idosos desenvolvendo neles competências e capacidades de entendimento e adesão terapêutica (Cutilli, 2005). Apesar de conhecerem os medicamentos, doze idosos (7 de Godinhaços) afirmam não cumprir as ordens médicas embora peçam regularmente esclarecimentos médicos.

**Tabela 20 - Leitura da bula médica**

Idoso por freguesia	Não				Sim		
	Conhecimento	Analfabetismo	Confia no doutor	Dificuldades em ler	Informar	Incompatibilidades	Validade
Gualtar	3	3	0	0	7	1	1
Godinhaços	3	2	2	1	1	2	0
Total	6	5	2	1	8	3	1

As razões aludidas por seis idosos (José, Luís e Miguel de Gualtar e Eduardo, Céu e Glória de Godinhaços), para a não leitura da bula médica prendem-se com o conhecimento que afirmam deter sobre a ação do medicamento e com a confiança na prescrição médica. José refere “*agora estes [medicamentos] já sei pra que é, já estou bem habituado naquilo, já nem leio, pego no papel e deita-se fora*” evidenciando que conhece o efeito dos medicamentos que toma. Miguel afirma “*o médico é que sabe, eu confio no médico*” o que demonstra confiança no médico e no que este prescreve.

Nem sempre é fácil ler as bulas médicas devido à iliteracia dos idosos, nomeadamente o analfabetismo e a dificuldade em ler. Uma das razões apontadas por cinco idosos (Carolina, Conceição, Rodrigo de Gualtar, Eva e Teresa de Godinhaços) para a não leitura da bula médica é o analfabetismo. Carolina afirma “*tenho muita pena de não saber ler*”. O profissional de saúde, além de sensibilizar o utente para a correta utilização do medicamento informando-o, mostrando-lhe as vantagens e desvantagens da adesão (e da não adesão) ao medicamento de acordo com as capacidades de entendimento de cada um e a literacia em saúde, deve responsabilizar-se para que o medicamento prescrito tenha o efeito desejado, caso contrário, deve ser corrigido o erro (Possamai & Dacoreggio, 2007). Esta explicação será mais eficaz quanto mais eficientes forem as estratégias comunicativas usadas na relação estabelecida com o idoso no acompanhamento farmacológico. A ação comunicativa dos profissionais de saúde é fundamental na mudança de comportamentos e na adesão à terapêutica medicamentosa.

A dificuldade em ler, especialmente devido ao tamanho da letra, é outra das razões evocadas para a não leitura da bula. Deolinda refere “*aquilo [bula] tem tanto que ler, letras tão miúdas, aquilo vê-se tão*

*mal... aborrece-me aquilo!*". A este propósito K. Hayes (2005) defende que a letra usada nas bulas médicas deve ser maior para ser mais facilmente legível.

As bulas, enquanto materiais informativos, têm um papel importante na promoção do uso racional dos medicamentos. Deste modo, é fundamental que as informações contidas nas bulas sejam abrangentes, precisas e específicas de forma a serem lidas e compreendidas por todos (Hayes, 2005, Wolf *et al*, 2006). No estudo efetuado, nenhum idoso fez referência à linguagem técnica das bulas dos medicamentos.

Kripalani *et al* (2007) concluíram que bulas com ilustrações adicionais aos textos facilitam a interpretação da informação. Hwang *et al* (2005) chegaram a conclusões distintas: as ilustrações não interferem na compreensão da informação.

Constatamos que a generalidade dos idosos de Gualtar (7) afirma ler as bulas médicas sendo os outros três idosos analfabetos. Inversamente, a maioria dos idosos de Godinhaços (7) não lê as bulas médicas, dois deles por serem analfabetos e um por ter dificuldades em ler. A maior parte dos idosos que não leem a bula médica são os que detêm uma menor literacia em saúde ao não demonstrarem grande interesse em obter informação sobre a sua saúde (Céu, Deolinda, Eva, Glória, Miguel, Rita, Rodrigo, Teresa), muitas vezes por não saberem o que quer dizer (Céu, Deolinda, Rita e Rodrigo).

Enquanto material informativo, as bulas enfatizam a necessidade da prescrição, no entanto, podem ter efeitos adversos no utente, nomeadamente a interrupção intencional da terapêutica devido à leitura dos efeitos adversos do medicamento resultantes dum incorreto entendimento das informações, quer por dificuldades de literacia quer devido à dificuldade de compreensão dos termos técnicos usados (Silva *et al*, 2000).

Neste âmbito, Sónia afirma "*leio-os todos [folhetos informativos] e diz lá muita coisa até contra. Gosto de ler e às vezes fico preocupado. Estou a tomar uns medicamentos prá trombose e diz lá «inflama a boca», eu sinto isso (...). O medicamento pra fazer bem a uma coisa faz mal às outras!*". A importância da comunicação na relação médico-idoso é uma vez mais realçada, devendo o médico dispor de tempo com o utente para lhe explicar a terapêutica e o esquema de tratamento proposto, bem como as vantagens da terapêutica e do cumprimento desta. Estas explicações devem ser dadas numa linguagem simples e acessível, adequada à capacidade compreensiva e às habilitações académicas de

cada um (Teixeira, 2000). A qualidade da informação transmitida e percebida pelo idoso é fundamental para uma correta adesão medicamentosa e para a eficácia da terapêutica médica.

Em sentido inverso, os idosos afirmam ler a bula médica para se informarem, isto é, inteirarem da ação do medicamento (Alice, Camilo, Guida, Isabel, José, Luís e Miguel de Gualtar, Sónia de Godinhaços), da validade do mesmo (Isabel de Gualtar) e das incompatibilidades (Guida de Gualtar, Eduardo e Sónia de Godinhaços). Realçando a ação do medicamento Camilo afirma que “*é importante sabermos o que tomamos e para que tomamos*”. Isabel considera que a responsabilidade de receitar é do médico, ela apenas tem que confirmar a validade do medicamento, “*a primeira coisa que eu vejo é a validade. Já tomei medicamentos de 2008...*”. Salientando possíveis incompatibilidades do medicamento, Eduardo afirma “*só leio se são medicamentos novos, podem apresentar incompatibilidades*”.

Além da leitura da bula, doze idosos relatam quando tomam os medicamentos, sendo estes idosos, seis de cada uma das freguesias (Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Miguel, Rodrigo de Gualtar, António, Céu, Eva, Rita, Samuel, Teresa de Godinhaços), detentores de baixas habilitações académicas. Eva afirma “*O da tensão é de manhã e do colesterol é à noite*”.

A adesão à terapêutica prescrita pelo médico tem repercussões positivas na QdV dos idosos daí a importância que a comunicação entre o idoso e o profissional de saúde desempenha na adesão da terapêutica e, conseqüentemente na QdV (Cabral & Silva, 2010, Galvão, 2006, WHO, 2003a, Silva, Luís & Biscaia, 2004).

A não adesão à terapêutica médica pode resultar no agravamento do estado de saúde e da sintomatologia do idoso e, conseqüentemente, pode conduzir ao fracasso do tratamento e ao aumento da morbidade. Em termos sociais e económicos, pode ser necessário ir a mais consultas médicas ou a consultas de urgência, a novos procedimentos de diagnóstico o que acarreta custos para o sistema de saúde e, em última instância, para a QdV do idoso (Cabral & Silva, 2010).

A necessidade de se obter mais anos de vida com independência e melhor saúde passa por estratégias de promoção de saúde nomeadamente o cuidar de si.

## 6.8. Cuidar de si

Cuidar de si pode ser entendido como a capacidade de desenvolver um conjunto de atividades com o intuito de garantir bem-estar e QdV. Assim, o cuidar de si pode ocorrer através do autocuidado ou com a ajuda de outros, familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde.

O autocuidado é uma das dimensões da saúde que permite que o idoso realize as suas tarefas diárias em casa e com QdV. Tema central na enfermagem é, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011:41), definido como “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Para Fernando Petronilho (2012: 33), o autocuidado é entendido como “um processo de saúde e de bem-estar dos indivíduos, *inato*, mas também *aprendido*. Inato no sentido em que os indivíduos demonstram responsabilidade e iniciativa para, de forma eficaz e autónoma, ter práticas de saúde e estilos de vida adequados. Este autocuidado, também denominado de autocuidado básico, pode ser levado a cabo com ou sem ajuda de profissionais de saúde. O autocuidado aprendido refere-se a regimes terapêuticos elaborados e negociados com profissionais de saúde que visam dotar os indivíduos de competências que lhes permitam gerir eficazmente a doença através da adoção de comportamentos adequados.

O autocuidado assume um papel relevante na saúde das populações nomeadamente nos grupos sociais mais vulneráveis como é o caso dos idosos, emergindo como um recurso para a promoção da saúde (Petronilho, 2012). O autocuidado, enquanto ação humana deliberada, assume-se como regulador de saúde ao conduzir ao bem-estar das populações (Orem, 2001).

Globalmente, concluímos haver preocupação por parte dos idosos em cuidarem deles mesmos, destacando-se as áreas da alimentação, medicação e a forma como encaram a vida, como aquelas em que os idosos mais demonstram esta preocupação com o cuidar de si. Curiosamente, é também na alimentação, na medicação e na doença que encontramos maiores atitudes de desleixo, por parte dos idosos.

Diz o ditado popular que “cada um é o seu melhor médico”. Quando questionamos os idosos e lhes perguntamos se são os seus melhores médicos, todos eles, com exceção de Eduardo, nos dizem que sim. Este idoso afirma não concordar com a afirmação alegando

*“Cada um não é o seu melhor médico porque as pessoas aprendem muito, ouvem falar em muita coisa e depois automedicam-se. Eu diria que cada um faz muito mal quando pensa que sabe de tudo o que tem e eu assisti a isso. O utente era prejudicado porque tinha tido uma dor, tomava um analgésico e chegava à urgência do hospital e escondia que tinha tomado o analgésico e escondia a verdadeira situação clínica, e às vezes corria mal e em vez de estar lá 3 ou 4 dias estava meses”.*

Os restantes idosos referem ser os melhores médicos deles próprios no sentido em que conhecem o seu corpo e sabem o que lhes faz bem e mal, evitando comportamentos prejudiciais e enveredando por práticas de saúde saudáveis. O autocuidado está assim presente no discurso dos idosos, Sónia refere que *“cada um tem que ter cuidado consigo”* e Isabel diz *“temos que estudar-nos a nós próprios”*.

Michel Foucault (1994) faz a apologia do *cuidar de si*. Defende que o cuidar de si é uma regra de conduta pessoal e social cuja prática deve ser considerada. Refere assim, a universalidade do cuidar de si e do dever que este termo pressupõe.

A forma como cada idoso demonstra cuidar de si é elucidativo da QdV de cada um. A preocupação com o cuidar de si do idoso é visível na preocupação demonstrada com a alimentação e a medicação, na forma como encaram a vida, na procura de profissionais de saúde e no modo como evitam a doença.

**Tabela 21 - Cada um é o seu melhor médico**

Idosos por freguesia	Alimentação	Medicação	Atitude perante a vida	Procura de apoio médico	Expressão de sintomas	Prevenção da saúde	Procura de tratamento adequado
Godinhaços	8	10	6	7	7	6	1
Gualtar	9	6	9	7	7	7	3
Total	17	16	15	14	14	13	4

Os idosos (com exceção da Guida de Gualtar, do Eduardo e da Rita de Godinhaços) demonstram grande preocupação com a alimentação – *“Tento fazer uma alimentação equilibrada para cuidar da minha saúde e não me sinto mal”* (Alice). Isabel cita um ditado popular *“o nosso corpo é um ladrão, se ao meio-dia come uma sardinha à noite meio pão”* para realçar a ideia de que não se deve comer em demasia, ou, como a própria refere *“comer como burros!”*. Camilo destaca que ainda falta muita cultura alimentar ao povo português, realçando o papel dos meios de comunicação na promoção e divulgação da alimentação saudável.

São dezassete os idosos que demonstram preocupação em ingerir alimentos saudáveis, nomeadamente frutas e legumes, em evitar fritos, molhos e assados, bem como em reduzir o consumo de açúcares e de sal. É também evidenciado cuidado com a ingestão de água em detrimento do vinho e de bebidas açucaradas, sumos e café. A este propósito Eva refere:

*“Há certas coisas que nos fazem bem, comer muita hortaliça, beber um copito de vinho, faz bem. A gordura faz mal, eu até cozo a carne e depois até a cozinho pra sair aquela gordura. Também gosto muito de bacalhau. Como muito trigo e sopa, mas eu gosto de tudo à base de hortaliça. No tempo das ervilhas adoro fazer uma panela de arroz com muitas ervilhas... ai que bom! No fim de comer é sempre fruta, sabe-me bem. Fritos é muito raro, só se for peixe, de resto... não como fritos”*

Samuel realça a importância da alimentação na saúde afirmando *“A gente não pode comer muito. Temos que ser cuidadosos”*.

Outra das preocupações demonstradas por dezasseis idosos no cuidar de si prende-se com a medicação. Tal como já foi anteriormente referido, os idosos são cautelosos no cumprimento dos horários da medicação, na compra da medicação, no cumprimento da prescrição médica e evitam tomar medicação em excesso e automedicar-se. Esta preocupação com a medicação é mais evidente nos idosos de Godinhaços, curiosamente aqueles que menos medicação tomam, do que nos de Gualtar.

A perspetiva que cada um apresenta da vida influencia o cuidado que cada um demonstra ter com o seu corpo e a sua saúde e indicia a sua QdV.

São quinze os idosos que assumem atitudes positivas perante a vida (Alice, Camilo, Carolina, Guida, Isabel, José, Luís, Miguel, Rodrigo de Gualtar e António, Eduardo, Rita, Samuel, Sónia, Teresa de Godinhaços). Os idosos de Gualtar apresentam, ao longo do discurso, mais referências positivas na forma como encaram a vida. Alice afirma *“eu estou tranquila, estou de bem com a vida”*. Também Sónia salienta a importância do convívio dizendo *“eu gosto de conviver, a gente precisa de falar, rir e conversar!”*. Eduardo reforça a importância de ter saúde dizendo ser *“importante recuperar e manter a saúde para evitar piorar, ninguém fica cá eternamente. Se a vida puder ser gozada com o mínimo de sofrimento melhor!”*.

Guida afirma ser feliz, *“tive uma vida feliz e, apesar de todas as minhas atuais limitações, continuo a ser muito feliz!”*. Também José evidencia felicidade ao dizer *“tenho uma boa vizinhança, gosto de morar aqui! Tenho quem trate de mim... (risos. Sou um homem feliz, apesar de tudo”*. Miguel diz querer *“viver o melhor possível, viver com saúde, de resto já se sabe que tenho 88 anos e tenho um fim. 88, calculo 90, 100 anos (risos)”*.

Esta perspetiva de olhar a vida acompanhada de amigos, e de aceitar o que vier com determinação e boa disposição é realçada por Samuel que, em jeito de brincadeira e referindo-se à lenha que corta com o machado, diz *“eu pego num martelão de 5 quilos, é fisioterapia (risos)”*. Teresa afirma categoricamente *“Não quero doenças, eu quero é viver!”*.

Outro aspeto que importa evidenciar no cuidar de si é a procura de apoio médico (14 idosos), primeiramente por questões de doença e só depois por rotina. Deolinda afirma *“se a gente vir que não está a correr bem marca a vez e vai”*. Contrariamente, António assume ir regularmente a consultas de rotina dizendo que *“todos os seis meses vou fazer exames, porque quero ver se realmente estou bem”*. Esporadicamente, alguns idosos referem ir ao médico buscar medicação ou tirar dúvidas como refere Luís *“noutro dia não me explicou bem [a médica de família] e eu consultei um médico amigo”*. Não encontramos nenhuma relação entre a procura de profissionais de saúde e as habilitações académicas dos idosos.

A prevenção da saúde é outro dos aspetos que ressalta no cuidar de si. Evita-se a doença a todo o custo pois como relata Alice *“mais vale prevenir que remediar e então é muito importante ter saúde”*. Onze idosos (7 deles de Gualtar) referem várias formas de conservar a saúde, mantendo uma QdV que lhes permite efetuar todas (ou quase todas) as tarefas de vida diária, tendo cuidados com a alimentação, com as intempéries, com o vestuário, bem como cumprindo as ordens médicas. Em

relação à alimentação, Conceição afirma *“eu só gasto um cartuxo de açúcar por dia, mais nada”*. Quanto às intempéries, Samuel diz *“não venho pra chuva pra não ficar doente porque a gente tem que se livrar agora, zelar um bocado. Quando a gente é nova nada parece que faz mal, mas a um velhinho faz tudo”*. Em relação ao vestuário, Deolinda assume *“ando sempre com umas proteções à cabeça e ando sempre agasalhada, é raro constipar”*. Face ao cumprimento das ordens médicas, Sónia afirma *“cada um tem que ter cuidado e seguir o que os médicos mandam”*.

Explicar o que sente ao médico é outro dos aspetos realçados por quatorze idosos (Alice, Camilo, Guida, Isabel, José, Luís, Miguel de Gualtar, António, Deolinda, Eva, Glória, Samuel, Sónia e Teresa de Godinhaços), sendo que Camilo considera que *“há muita falta de cultura das pessoas que vão ao médico”*. Os idosos realçam a importância de expor a doença ao médico de forma conscienciosa, educada, sem perder tempo com conversas paralelas e indo direito ao cerne da questão. Camilo afirma *“eu quando lá vou, exponho os problemas e para o médico é meio caminho andado, ele assim já sabe onde há-de atuar”*.

Os idosos levantam a questão do entendimento do que o médico diz e preocupação em saber se o médico entende aquilo que eles transmitem (Teixeira, 2000). Esta questão será abordada no próximo capítulo, das relações de comunicação com o profissional de saúde.

Apenas quatro idosos (Conceição, Guida, Luís de Gualtar, Samuel de Godinhaços) evidenciam preocupação na procura do tratamento adequado para a sua situação clínica - *“o tratamento é meio caminho andado para a cura”* (Guida).

Apesar da preocupação demonstrada com a saúde, os idosos também relatam comportamentos de desleixo essencialmente face à medicação e à alimentação.

**Tabela 22 - Comportamentos de desleixo**

Desleixo				
Idoso por freguesia	Medicação	Alimentação	Procura profissionais	Doença
Godinhaços	5	4	4	2
Gualtar	5	4	1	0
Total	10	8	5	2

Na medicação, como já referido anteriormente, este desleixo ocorre por esquecimento dos idosos (Guida, José de Gualtar, Rita, Teresa de Godinhaços), pela automedicação (Camilo, Guida, Isabel e Miguel de Gualtar), pela toma de medicação em jejum (António e Teresa de Godinhaços) e pelo abandono da toma de medicação por considerar não precisar desta (Samuel e Céu de Godinhaços).

Na alimentação, Rodrigo e Sónia não cumprem os conselhos médicos. Rodrigo refere que *“na comida, é melhor comer que perder!”* embora também afirme que a refeição vem do apoio domiciliário e, como tal, tem que se sujeitar a comer o que lhe é dado. Sónia refere *“eu já estava a ficar toda encorilhada na cara, tinha saudades de comer um bocado de broa e comi, mas não posso”*. Céu e António estão muitas horas em jejum até tomarem o pequeno-almoço, Isabel bebe pouca água diariamente, Conceição devia comer mais vezes ao dia por causa dos diabetes, Carolina toma café e não devia por conselho médico e Rita refere um episódio em que esteve quase todo o dia sem comer.

Cinco idosos (Isabel de Gualtar, Céu, Eva, Rita e Sónia de Godinhaços) não evidenciam grande preocupação com a sua saúde ao raramente consultarem o médico de família. Eduardo a fumar sem poder e Samuel a fazer esforço físico (rachar lenha) vão contra as orientações médicas e mostram desmazelo para com a sua saúde.

É fundamental o desenvolvimento de atitudes alusivas ao cuidar de si, mas, para isso, é importante educar para a saúde no sentido de consciencializar os idosos para a promoção da saúde e terapêuticas médicas de modo que participem ativamente no seu próprio cuidado, quer na manutenção da saúde,

quer em situação de doença. O cuidar de si, enquanto estratégia de promoção de saúde, contribui assim para um envelhecimento bem-sucedido dos idosos, com qualidade de vida.

Envelhecer com sucesso é estar empenhado na vida (Paul & Fonseca, 2005). Para tal, é necessário que o idoso não se isole, mas que se integre na sociedade onde vive, participando ativamente em atividades sociais e/ou culturais, sendo feliz independentemente das limitações físicas e cognitivas a que se encontra sujeito. Viver um envelhecimento bem-sucedido através da promoção da saúde em termos físicos e mentais é um compromisso com a vida (Fernández-Ballesteros, 2009).

Debrucemo-nos sobre as relações de comunicação que os idosos estabelecem com os profissionais de saúde para ver de que forma estas relações influenciam a QdV e concorrem para um envelhecimento bem-sucedido.

## **Capítulo VII – Relação com os profissionais**

As interações humanas podem ser, metaforicamente, comparadas com uma peça teatral onde os idosos, ao assumirem determinada fachada, representam determinados papéis, solicitando de forma explícita ou implícita que se respeite a impressão que querem transmitir (Goffman, 1989).

As interações diárias dos idosos com os profissionais de saúde/ funcionários do apoio domiciliário mais não são do que representações onde os idosos utilizam fachadas consoante aquilo que Erving Goffman (1989) chamou de cenário. Neste caso, o ambiente onde os intervenientes se encontram, o consultório, a casa, e a aparência dos idosos/profissionais de saúde/funcionários, nomeadamente a ornamentação que usam, o vestuário e a expressão facial, bem como a forma como comunicam, o tom de voz, a forma de falar, as posições que assumem durante a interação e os estados de espírito influenciam a comunicação estabelecida.

### **7.1. Relação funcionários do apoio domiciliário - idoso**

Ao debruçarmo-nos sobre os relacionamentos estabelecidos entre idosos e funcionários dos apoios domiciliários do Centro Social de Gualtar e da ASCREDNO (Anexo 5), temos de ter presente que muitas das interações são fachadas que visam esconder ou exacerbar estados de espírito e sentimentos, quer dos idosos, quer das funcionárias. Além disso, a debilidade física e o facto de, na maioria dos casos, saírem de casa apenas para irem ao médico, torna-os mais fechados sobre o seu mundo e, por vezes, com as emoções à flor da pele. Idosos e funcionárias dos apoios domiciliários transpõem para a relação que estabelecem experiências e estados de espírito. As funcionárias devem, dentro do possível, ocultar problemas e estados de espírito nefastos assumindo uma fachada no local de trabalho e efetiva disponibilidade para com os idosos.

A relação estabelecida entre os idosos e as funcionárias é profissional, mas vai mais além do estritamente profissional, criando-se laços que contribuem para o bem-estar e QdV dos idosos.

No apoio domiciliário prestado pelo Centro Social de Gualtar, a relação estabelecida assenta essencialmente na comunicação não-verbal, uma vez que a grande maioria dos idosos se encontra acamada e não verbaliza. Situação contrária ocorre no apoio prestado pela ASCREDNO em que a maioria dos idosos, apesar de apresentar incapacidade funcional, está consciente. Em ambos, o apoio domiciliário verificou-se que além das preocupações com a condição física do idoso, nomeadamente a

sua manutenção ou reabilitação funcional e com a higienização, há uma efetiva preocupação com os relacionamentos humanos por parte das funcionárias (Anexo 6).

Neste sentido, do trabalho de campo efetuado sobressai a empatia no relacionamento interpessoal idoso/funcionárias. No documento *Skills for Health* (WHO, 2003b) criado em conjunto pela Organização Mundial de Saúde, (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Banco Mundial e Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), a empatia é definida como a capacidade de ouvir e compreender as necessidades e circunstâncias do outro, expressando essa mesma compreensão.

As funcionárias dos apoios, enquanto realizam os procedimentos de higiene e de conforto ao utente, mantêm um relacionamento empático evidenciado na forma de estar com o outro e de entender a sua forma de pensar (Nunes, 2010).

A empatia estabelecida é uma competência multidimensional (Hojat *et al*, 2004) que está intimamente relacionada com a sensibilidade demonstrada pelas funcionárias enquanto capacidade de, através da linguagem não-verbal, compreender o idoso, e com a expressividade enquanto forma de expressar emoções através da linguagem não-verbal (Nunes, 2010).

Estudos comprovam que a empatia é fundamental nas relações interpessoais e repercute-se positivamente nos resultados clínicos (Davis, 2009) desde que não se caia em paternalismos. Deste modo, a empatia deve ser entendida como uma ferramenta importante na relação funcionárias - idoso ao quebrar o isolamento e o mal-estar dos idosos e a aumentar a satisfação destes perante a vida e a sua situação clínica.

A cumplicidade do idoso com os funcionários é evidente sendo que, muitas vezes, as funcionárias são as confidentes dos idosos. Assistimos a várias confidências, em diversos momentos, por muitos dos idosos do apoio domiciliário da ASCREDNO. A Augusta, o Armando, a Rosa, o Manuel, a Maria e a Luz são aqueles que mais confidenciam com as funcionárias sobre situações familiares, nomeadamente desentendimentos com algum familiar (Augusta, Armando, Manuel), o sentimento de perda de alguém (Luz). Maria anseia a vinda do apoio domiciliário para exprimir o que sente, quer sobre a sua doença, quer sobre a preocupação que sente face ao seu marido e à forma como este tem reagido à sua doença. Ele tem gerido todas as tarefas domésticas (apesar de terem uma empregada doméstica) e as suas saídas ao hospital à terapia da fala, ao fisioterapeuta, às consultas médicas e, na opinião da

Maria, tem sido muito difícil para ele pois anda nervoso, sofre por a ver assim e não consegue exprimi-lo. Reage a tudo mantendo-se distante, o que acaba por deixar Maria magoada e triste pois, nesta fase da sua vida, precisava mais do apoio psicológico do marido, o que não acontece.

A empatia pressupõe a capacidade de escuta. Do trabalho de campo efetuado constatámos que há uma efetiva preocupação das funcionárias em escutar o idoso e não apenas em ouvi-lo, em detrimento da verbalização. As funcionárias centram-se no idoso e na forma como se expressa não se distraíndo com a televisão, a rádio ou o telemóvel que, salvo raras exceções, não era atendido<sup>40</sup>. Por vezes, eram interrompidas pelos cuidadores informais (filhos ou maridos) com alguma dúvida ou questão, mas, regra geral, a conversa com os cuidadores acontecia no fim da higienização. O apoio domiciliário da ASCREDNO dá apoio a um número maior de idosos pelo que o tempo despendido com os cuidadores informais era menor do que o despendido pelo apoio do Centro Social de Gualtar.

Da relação empática estabelecida sobressai também a preocupação das funcionárias com o bem-estar psicológico dos idosos sendo constantes as atitudes de incentivo aos utentes. Este incentivo é visível nos gestos de carinho dispensado e no discurso das funcionárias através de expressões como “*ponha-se bem-disposto!*”, “*tristezas não pagam dívidas!*”, “*os problemas para trás das costas!*”; “*anime-se homem!*”; “*dê-me um sorriso!*”. As funcionárias demonstram ter habilidades de advocacia (WHO, 2003b) ao persuadirem, influenciarem e motivarem os idosos.

Com os utentes acamados que não verbalizam, as funcionárias dos apoios conversam constantemente, informando-os sobre o dia da semana, o tempo ou alguma notícia do país ou do mundo que considerem importante. Esta interação visa tirar os utentes da apatia em que muitas vezes se encontram. Kane *et al* (1999) consideram que este tipo de relacionamento pode evitar estados de espírito depressivos ou de ansiedade no idoso sendo fundamental que este seja tratado com respeito e não de forma infantil e ridicularizada. Para isso, as funcionárias devem atender ao real estado psicológico do idoso e agir em consonância com ele, tendo sempre presente que cada idoso é um ser único.

Esta relação de incentivo é notória em ambos os apoios domiciliários. Nos idosos debilitados fisicamente, em que a higienização acaba por ser dolorosa (Adelaide) dada a situação de magreza física em que se encontram (Florinda, Graça, Rui) ou nos utentes mais envergonhados com a exposição corporal (Carlos, Áurea, Palmira e Marta), o incentivo das funcionárias vai no sentido de os

---

<sup>40</sup> O telemóvel apenas é atendido quando a chama é da instituição.

confortar para a dor física ou para o sentimento de pudor usando expressões como “está quase a acabar”, “falta pouco”. Não presenciámos nenhuma advertência contundente ao idoso, julgamento ou crítica. Nenhuma funcionária dos apoios domiciliários gracejava ou ridicularizava o idoso, desvalorizando-o ou desrespeitando-o.

Verificámos que em ambos os apoios domiciliários há uma preocupação em chamar o idoso pelo nome (Reynolds, 2005) e, salvo raras exceções, evitam-se demonstrações de compaixão bem como a utilização de linguagem infantil.

Estes relacionamentos empáticos observados acontecem devido ao ambiente de familiaridade existente com os utentes e com as suas famílias. Apesar dos sentimentos de pudor evidenciados por alguns idosos, existe grande à-vontade com todos eles excetuando o Artur e o Carlos, e com as suas famílias salvo a do Artur. Este à-vontade demonstrado é visível na forma como as funcionárias dos apoios se movimentam pelas casas, vão à cozinha buscar bacias com água quente, às dispensas buscar cremes, fraldas, gel de banho, tendo, inclusive, as chaves de algumas das casas onde vão. Nesta relação de familiaridade, verificámos que as funcionárias atuam no sentido de preservar a intimidade da vida privada e familiar o que vai ao encontro do artigo número 5 do Diário da República nº 21/ 1º série de 30 de janeiro de 2013.

As cuidadoras do apoio domiciliário acabam por ser também um apoio para as famílias dos idosos. Todos os idosos têm em casa algum familiar, marido (Augusta, Rosa, Maria, Luz, Palmira), esposa (Rui, Hilário, José, Artur, Armando), filha (Carlos, Adelaide, Elisa, Florinda, Áurea, Graça, Marta), empregada (Bernardino, Manuel), sobrinha (Antónia).

Postulámos assim, que existe uma relação de satisfação entre as funcionárias do apoio domiciliário e os idosos. Nos idosos, essa satisfação é notória através do rosto sorridente com que recebem o apoio, alguns idosos esperam o apoio à porta (Armando, Manuel) e das conversas animadas que mantêm. Elisa expressa a sua satisfação para com as funcionárias do apoio ao afirmar “*tratam-me com muito respeito!*” ou então “*têm tudo o que é de bom!*”.

Além de um relacionamento empático, os idosos estabelecem também uma relação de colaboração perceptível, quer durante a higienização, quer no entendimento que mantêm com as funcionárias dos apoios. Carlos, Adelaide e Graça não aceitam o trabalho desenvolvido pelas funcionárias do apoio domiciliário, quer por se sentirem envergonhados (Carlos e Graça), quer devido ao sofrimento físico que a higienização acarreta (Adelaide e Graça) daí que, praticamente, não colaborem com as funcionárias durante a higienização nem estabeleçam uma relação afetuosa, reduzindo a comunicação

verbal a queixumes. Observa-se uma relação de descontentamento devido ao desconforto físico e ao pudor de quem não aceita este apoio.

O trabalho de higienização desenvolvido pelas funcionárias do apoio é de natureza íntima daí que provoque, tal como referimos anteriormente, sentimentos de pudor em alguns idosos. Esta relação de pudor é sentida como uma invasão de privacidade manifestando-se durante a higienização de diversas formas. Antónia, Marta, Palmira e Áurea ficam mais agitadas, puxam constantemente o lençol para cima e gemem sem sentirem dor física. Este gemer sobe de intensidade quando são tocadas as partes íntimas e termina quando são vestidas. Carlos transmite este sentimento com um constante mau-humor e rejeição do banho.

Por vezes, encontrámos situações pontuais de descontentamento quando, por exemplo, se lava o cabelo de Florinda, que devido à fragilidade física do seu corpo, fica numa posição desconfortável e dolorosa ou quando a conversa com os familiares é tida na cozinha ou no *hall* de entrada, longe dos idosos, estes demonstram descontentamento por não poderem ouvir e participar na conversa (Áurea e Palmira).

O trabalho desenvolvido pelas funcionárias dos apoios domiciliários é contratual daí que a relação estabelecida seja imposta aos idosos pelos seus familiares. Os idosos acamados, finda a higienização, assumem uma postura de desinteresse ao distanciar-se do que se passa no quarto, das conversas com os familiares e das movimentações. Além disso, recostam a cabeça na almofada (da cama ou do cadeirão) e alguns fecham os olhos, outros mantêm-nos abertos, mas com uma expressão mais calma, de contentamento e de sorriso nos lábios (Adelaide, Antónia, Marta, Rui, José, Florinda, Áurea, Palmira, Graça).

Os idosos usufruem deste tipo de apoio por necessidade de cuidados de natureza individual que visam garantir o seu bem-estar e de natureza social, daí que exista uma relação de submissão. Neste sentido, Armando refere que *“a idade avança e precisamos destas ajudas!”* e o apoio que inicialmente era só para a higienização rapidamente passou também para a alimentação, *“o que seria de nós se não fossem estas pessoas!”*. Refere que *“não conseguia entrar na banheira sozinho e a minha filha disse que precisava de apoio especializado”*. Findo o banho refere que *“eu preciso bem de vocês [funcionárias], isso é que é a verdade!”*. Carlos assume uma postura de contrariedade e mau-humor durante toda a higienização, nunca quer tomar banho nem tomar a medicação obedecendo, a muito custo, às funcionárias, contrariado e revoltado.

Por vezes, na relação estabelecida com as funcionárias dos apoios existem dificuldades comunicativas essencialmente devido à condição física dos idosos acamados, nomeadamente os que não têm

denição, que acabam por comunicar por monossílabos pouco perceptíveis (Adelaide, Rui, José, Áurea). Na relação com Carlos e Artur existem algumas barreiras comunicativas essencialmente porque estes não demonstram uma predisposição à comunicação, mantêm-se distantes e reservados.

A relação estabelecida contribui para a satisfação e bem-estar do idoso tido como sujeito pró-ativo e incentivado a definir objetivos e a lutar por estes. Há uma preocupação em, dentro do possível, contribuir para o envelhecimento ativo e saudável do idoso ao fomentar sua QdV e bem-estar. Esta preocupação assume contornos distintos consoante o tipo de utente, a sua capacidade funcional e o apoio prestado.

Estamos assim perante uma relação assimétrica em que as funcionárias dos apoios se encontram numa situação privilegiada por deterem o poder de prestar cuidados e os idosos estarem dependentes dos cuidados que lhes são prestados. Esta relação assimétrica assenta, contudo, no respeito e escuta, bem como na valorização das capacidades do idoso através dum processo comunicativo em que se privilegia a linguagem simples e de fácil entendimento.

O processo comunicativo ocorre, regra geral, num ambiente calmo sobressaindo a alegria e boa disposição quer dos idosos quer dos funcionários apesar destes nem sempre apresentarem o mesmo estado emocional. Quando estão mais tristes, cabisbaixos, quer por motivos de saúde, quer devido a desentendimentos com os familiares, a comunicação é menos fluída e mais baseada na linguagem corporal. O estado de espírito dos idosos, por vezes, torna-se uma barreira comunicativa que nem sempre é ultrapassável pelas funcionárias, como é o caso de Artur e do Carlos que não se sentem confortáveis para se expressarem verbalmente, mantendo uma postura de distância e criando um ambiente desconfortável e tenso. A celeridade com que os cuidados de higiene, de conforto e de saúde são prestados pelas funcionárias da ASCREDNO conduz, por vezes, a sentimentos de incompreensão no idoso ao considerarem que o cuidador minimiza o seu problema ao não ter disponibilidade de escuta por falta de tempo.

Verificámos a existência de alguns obstáculos à comunicação, um rádio que toca mais alto, uma televisão ligada ou o latir do cão que está fechado no quarto ao lado e que ladra consecutivamente e de modo acutilante.

Em síntese, consideramos existir um relacionamento adequado entre idosos e funcionárias assente numa comunicação eficaz que concorre para o bem-estar e QdV dos idosos. Todavia, a rapidez na prestação de cuidados, o tempo despendido nos cuidados (cerca de 20 minutos) e o número de dias em que os cuidados são prestados (Luís, Armando e Rosa usufruem dos cuidados do apoio domiciliário três dias por semana, todos os outros idosos diariamente) condiciona, de certa forma, a comunicação

estabelecida. Mas, apesar de tudo, esta comunicação vai no sentido de valorizar os idosos enquanto pessoas, bem como as suas capacidades funcionais.

Para que esta comunicação seja cada vez mais eficaz, é necessário que haja uma interdisciplinaridade comunicacional com os outros cuidadores formais, médicos, enfermeiros e eventualmente assistentes sociais, e com os cuidadores informais, família e vizinhos.

A comunicação funciona, assim, como garante do bem-estar e QdV dos idosos ao ser-lhe atribuída, por parte das funcionárias dos apoios domiciliários, importância idêntica aos procedimentos técnicos e de higiene que executem.

Por isso, defendemos que, para o bom relacionamento interpessoal, é fundamental a capacidade de interpretação da comunicação verbal e não-verbal para captar o estado emocional da pessoa e escutar o que ela diz, observando os seus gestos e atitudes. As funcionárias dos apoios detêm o que Allan Pease & Barbara Pease (2005) denominam de ação perceptiva, isto é, a capacidade de ler a linguagem corporal dos idosos e de a comparar com a linguagem verbal. Através desta ação perceptiva estabelecem-se relações interpessoais de qualidade ao eliminarem-se obstáculos comunicacionais. Por outro lado, esta ação perceptiva contribui para um melhor entendimento do idoso, dos seus receios, ansiedades, necessidades e prazeres. Neste sentido, quanto melhor for a comunicação estabelecida maior será a satisfação e QdV dos idosos.

## **7.2. Relação profissional de saúde - idoso**

### **7.2.1. Médico**

Os relacionamentos existentes entre idoso e médico pautam-se pela proximidade, em que os utentes valorizam a atenção e disponibilidade do médico centradas no utente enquanto ser único, com sentimentos e atitudes. Este relacionamento de proximidade é visível na caracterização que os idosos fazem do médico: atencioso, comunicativo e competente.

A perceção positiva destes profissionais de saúde vai ao encontro do estudo europeu realizado por Grol *et al* (2000) e do estudo efetuado na Holanda por Hans Jung *et al* (2002).

As capacidades empáticas do médico são realçadas por todos os idosos participantes no estudo. A empatia, entendida como um atributo cognitivo, pressupõe que o médico compreenda os problemas, experiências e sofrimento expressos pelo utente devendo para tal possuir capacidades comunicativas de modo a melhor compreender e auxiliar o utente. A relação empática estabelecida aumenta a qualidade dos cuidados, razão pela qual deve ser tida como uma competência imprescindível para a

prática médica. Mesmo em excesso, a empatia é benéfica para o utente (Hojat *et al*, 2013) na medida em que vem associada a uma diminuição das queixas (Rodriguez *et al*, 2007).

**Tabela 23 - Relação médico-idoso**

Idoso por freguesia	Empática	Confiante	Acessível	Interpelação	Submissa	Pudica	Impessoalidade
Godinhaços	10	10	9	4	6	3	0
Gualtar	10	10	9	8	2	3	5
Total	20	20	18	12	8	6	5

É visível, ao longo dos discursos dos idosos, a empatia que estes, na generalidade, nutrem pelo médico. Na relação que estabelece com o médico, Glória refere que “*o Dr. Filipe [médico de família] já sabia os meus males todos. Eu contava-lhe a minha doença, ele ouvia com muita atenção, sim senhora, não interrompia, mas ele já sabia tudo, ele já sabe a minha doença*”. Conceição afirma que a médica de família “*pára, fala e quer saber de nós. E até me disse quando o meu homem fosse operado que fosse lá dizer-lhe como ficou*”. Enfim, comentários como “*boa pessoa, fala comigo, pergunta isto, pergunta aquilo, ouve com atenção, preocupa-se*” (Teresa) são usuais nos discursos dos idosos de ambas as freguesias.

É também, realçada pelos idosos, a relação de confiança estabelecida com o médico, tido como um especialista técnico competente (Parsons, 1951), ao confiarem no seu diagnóstico e proposta de terapêutica. Alice refere “*faço tudo direitinho porque acho que eles é que são os entendidos da saúde. Se eu não sei, alguém terá que saber, são os médicos, são eles que estudaram, eu confio. Só se tiver muita razão para duvidar, senão confio plenamente*”.

A confiança com o médico vai também no sentido de cumprirem a terapêutica médica e não se automedicarem ou tomarem medicação à sorte ou a conselho de terceiros, como já referimos anteriormente. Mas, esta relação vai mais longe. havendo idosos que se referem aos laços de afeto e dedicação que nutrem pelo médico de família. Camilo refere que “*(...) dada a amizade que existia entre nós, não era só o aspeto médico, mas também o diálogo de assuntos pessoais das nossas*

*experiências e vivências*". Conceição afirma "*noutro dia encontrei-o [médico de família] na avenida com a mulher e falou bem para mim, perguntou-me se estava tudo bem*".

Expressões como "*o médico é que sabe, eu confio no médico*" (Rita), "*confio muito nela [médica de família]*" (Miguel), "*confio, confio [na médica], não tenho tido queixas de ninguém*" (Deolinda), "*confio, confio muito [na médica]*" (Isabel), são bem demonstrativas da relação de confiança estabelecida sendo que, o êxito terapêutico depende da confiança que o utente deposita no seu médico, de que ele faz tudo o que estiver ao seu alcance para ajudar o utente desde que este se comprometa a cooperar com o médico (Parsons, 1951).

Os idosos exigem, assim, um médico a quem possam confiar o seu estado clínico e receber conselhos sobre a terapêutica médica, para que cada um possa, sempre que possível, tomar decisões conscientemente. Quando estão doentes, os idosos procuram, na maior parte das vezes, o médico de família para os aconselhar sobre o seu estado clínico, mas fazem-no porque confiam no médico, caso contrário, procurariam outras áreas de saber que não a ciência médica. Kyoko Imamura (1995) considera que esta relação de confiança pode ser entendida em dois sentidos: por um lado, o utente confia cegamente no médico ao ponto de não colocar dúvidas ou questões sobre a sua saúde, obedece ao médico enquanto autoridade superior. Esta relação de confiança pressupõe um utente bem informado, que questiona e toma decisões sobre a sua saúde não com base numa relação paternalista, mas numa relação em que se assume como um recetor ativo (e não passivo). Nesta relação de confiança, há um maior equilíbrio de poder entre o médico e o utente, maior informação e consequentemente, uma participação mais elevada do utente o que se repercutirá na sua QdV.

Constatamos que existe uma relação entre o tempo de permanência dos idosos no consultório médico e a relação de confiança com o médico. A maioria dos idosos (dezoito) está satisfeita com o tempo de permanência no consultório médico e são também estes idosos que afirmam estabelecer uma relação de confiança com o médico. Estudos demonstram que conversar com o utente não demora mais a consulta (Levinson, Goraware-Bhat & Lam, 2000, Margalit *et al*, 2004, Levinson & Roter, 1995, Roter *et al*, 1997). Por outro lado, há que ter em consideração que nem todos os utentes assumem a mesma postura face à informação. Se há uns que consideram importante ser informados sobre o seu estado de saúde, outros idosos contentam-se em receber pouca informação ou em simplesmente não receber informação (Galanti, 2000, Humphreys, 2002).

No subcapítulo seguinte, debruçamo-nos sobre a acessibilidade do discurso no relacionamento médico-utente.

Doze idosos (8 deles de Gualtar) afirmam interpelar o médico. Constatamos existirem três tipos de utentes: (1) aqueles que sabem falar sobre a sua saúde e procuram informação, questionam o profissional de saúde, (2) aqueles que não demonstram grande interesse em obter informações sobre o seu estado de saúde e, como tal, não fazem grandes perguntas, (3) e os que não demonstram qualquer interesse em questionar, não sabendo o que perguntar, relegando esta responsabilidade para o profissional.

No primeiro grupo (1), aqueles que questionam o profissional de saúde, inserimos a Alice, o Camilo, a Carolina, a Conceição, a Guida, a Isabel, o José e o Luís (Gualtar), o António, o Eduardo, a Eva e o Samuel (Godinhaços). Carolina, Guida e José, apesar de conhecerem o seu estado clínico, nem sempre valorizam a relação interpelativa com o médico porque têm a família, os filhos, que os acompanham ao médico e que se encarregam de os questionar, ou então, apoiam-se nos familiares que são profissionais de saúde, filhos e netos, como é o caso da Guida que afirma *“não consumo os médicos com perguntas (...) quando tenho qualquer dúvida também pergunto à minha filha ou às minhas netas, as médicas”*.

Verificamos que são os idosos de Gualtar que demonstram mais preocupação em questionar os profissionais de saúde o que se deve a questões culturais, vivem num meio urbano, mais aberto ao exterior, ao invés dos idosos de Godinhaços, que apresentam uma mentalidade mais fechada relativamente à intervenção na sua saúde, transferindo essa responsabilidade para o médico que detém esse poder. Além disso, como são idosos que aparentemente têm menos doenças, terão menos necessidade de questionar o profissional de saúde. Os idosos que mais questionam e demonstram maior número de conhecimentos sobre a sua saúde-doença são os que detêm maiores habilitações académicas – Alice, Eduardo, Camilo e Luís.

No segundo grupo, o dos que detêm um discurso em que não evidenciam grande vontade de questionar e saber sobre o seu estado de saúde, encontramos a Céu, a Deolinda, a Rita, a Sónia, a Teresa, a Glória (Godinhaços), o Rodrigo e o Miguel (Gualtar). Céu afirma que *“se me fizerem perguntas falo, senão não falo”*. Também Deolinda diz que *“não, não, não tiro dúvidas com ninguém, faço o que elas me mandam, aceito tudo sem fazer perguntas”*.

Apesar de não terem o hábito de questionar os profissionais, Teresa, Rodrigo e Miguel estão informados sobre o seu estado de saúde porque são informados pelos profissionais e Rodrigo porque é acompanhado ao médico por familiares que depois o informam sobre o seu estado de saúde. Sónia, Deolinda, Teresa, Glória e Miguel, apesar de não fazerem grandes perguntas ao profissional de saúde, têm a preocupação de explicar o que sentem. Céu e Rita não demonstram preocupação em perguntar

e em explicar o que sentem, a primeira por considerar que essa tarefa cabe ao médico e a segunda, por não estar doente, não tem que questionar.

Interessante é que a Céu, apesar de ao longo do discurso demonstrar não ser importante ter informação sobre o seu estado de saúde e de afirmar que não questiona os profissionais de saúde, ressalva a necessidade de o médico explicar ao utente a sintomatologia e terapêutica médica ao afirmar que *“nem toda a gente estudou pra médico, é importante explicar bem às pessoas”*. Apesar de ter todo um discurso em que afirma não ser importante comunicar com o médico, através de expressões como *“os exames é que falam, não sou eu”, “eu não digo nada ao médico, ele que descubra (...) eu gosto de falar pouco, não sou de me queixar. É feitiço”*, Céu realça a importância da comunicação com este profissional de saúde. Também o Rodrigo, a Deolinda e a Teresa focam este aspeto. Rita e Rodrigo remetem o seu estado de saúde e as questões para com os profissionais de saúde para os familiares, filho ou nora que os acompanham ao médico.

Está aqui presente a ideia de que o médico, enquanto especialista e detentor do saber, é que percebe como agir perante a doença e o utente assume uma postura de submissão, tendo apenas que cumprir sem questionar (8 idosos, 6 deles de Godinhaços). É uma aceitação daquilo que o médico recomenda numa perspetiva biomédica – *“Eu também não sou exigente, não estou sempre a fazer perguntas, não gosto de aborrecer. A gente vale mais ser desejado do que aborrecida, a vida toda foi assim”* (Deolinda).

Este relacionamento deve-se, por um lado, ao poder atribuído ao médico enquanto especialista da doença e, por outro lado, às perdas cognitivas e ao conseqüente apoio dos familiares que os acompanham aos serviços de saúde. Esta relação, mais evidente nos idosos de Godinhaços, pode ser explicada pela ruralidade desta localidade e pelo poder social que o médico detém nestes meios. Além disso, este relacionamento também pode ser explicado pelas habilitações académicas mais baixas destes idosos.

Não obstante toda esta submissão ao poder médico, Céu, Deolinda, Rita e Rodrigo são quatro idosos que detêm uma fraca iliteracia em saúde por não saberem o que dizer e inquirir ao médico, inserindo-se no terceiro grupo. Céu afirma *“se não perguntarem sou capaz de não dizer nada e a ter as coisas, a ter problemas, sou capaz de não dizer nada, chego lá não sei o que dizer, falo doutra coisa e pronto”*. Deolinda também afirma *“a gente não sabe nada...”*. Rita refere *“...não gosto de incomodar com perguntas, nem sei bem o que perguntar”*. Enfim, a expressão *“a gente sabe lá o que dizer”* (Céu) é ouvida por diversas vezes no discurso destes idosos.

Seis idosas, três de cada uma das freguesias (Carolina, Guida, Isabel de Gualtar, Deolinda, Rita, Sónia de Godinhaços), demonstram pudor no relacionamento com o médico embora esses sentimentos não exerçam influência sobre o relacionamento estabelecido. Esse sentimento de pudor, tido como um desrespeito pela intimidade de cada um, é evidenciado na procura de profissionais médicos femininos para a realização de determinados exames que exigem maior exposição corporal (Deolinda), no desagrado em mostrarem parte do corpo na realização de determinados exames físicos (Guida, Isabel, Rita) ou simplesmente de estarem com o corpo a descoberto (Carolina e Sónia), o pudor corporal (Gaulejac, 1996).

Cinco idosos de Gualtar referem situações de impessoalidade no relacionamento com o médico. Esta insatisfação face ao relacionamento mantido refere-se a episódios vivenciados com médicos especialistas (Conceição e Rodrigo) ou com médicos da urgência hospitalar (Carolina), com quem lidaram esporadicamente com exceção da Alice (considera que o médico de família não deu a melhor assistência ao marido tendo este falecido) e do Camilo que se referem aos médicos de família (no caso do Camilo é o médico da consulta dos diabetes do centro de saúde), sendo que recorrem a médicos particulares sempre que estão doentes. É, contudo, de realçar que esta insatisfação os remete para episódios esporádicos no relacionamento com o médico e que os objetivos do médico são diferentes dos objetivos do utente (Humphreys, 2002). Em síntese, o médico de família é tido como mais comunicativo e acessível do que o médico especialista (Barnsley *et al*, 1999).

Apesar de alguns episódios esporádicos de impessoalidade narrados pelos idosos, a relação mantida com este profissional pauta-se pela empatia e confiança. Sendo este relacionamento naturalmente assimétrico, a comunicação é a forma de reduzir esta assimetria (Humphreys, 2002). Mesmo os idosos que estabelecem uma relação paternalista com o médico consideram que o relacionamento com este profissional prima pela acessibilidade discursiva pelo que equilibram a relação ao torná-la mais simétrica. Deste modo, consideramos existir um bom relacionamento entre o médico e a maioria dos idosos, assente na empatia e na comunicação, o que terá repercussões na QdV dos idosos. No entanto, consideramos ser relevante investir na literacia de alguns idosos.

### **7.2.2. Acessibilidade discursiva**

A informação e os conselhos médicos são de tal forma importantes que todos os idosos (exceto Camilo de Gualtar e Glória de Godinhaços) consideram haver acessibilidade discursiva na relação que mantêm com o médico. É interessante que, mesmo aqueles idosos que não demonstram grande interesse em

obter informação sobre o seu estado clínico e questionar o profissional de saúde, consideram ter acessibilidade discursiva no relacionamento com os profissionais de saúde (Céu, Deolinda, Rita, Sónia, Teresa de Godinhaços, Miguel e Rodrigo de Gualtar) o que patenteia que os comportamentos paternalistas estão a ser gradualmente alterados.

A maioria dos estudos (Abdulkadir, 1995, Boland, 1995, Corney, 2000, Davis & Fallowfield, 1991, Humphreys, 2002, Maguire & Pitceathly, 2002, McKenzie, 2002, Okamoto, 2007, Reynolds, 2005, Teixeira, 2000) demonstra que os utentes estão descontentes com a forma como os médicos comunicam, considerando que os principais problemas de comunicação se devem à excessiva informação técnica que lhes é fornecida, à informação insuficiente e imprecisa quer sobre a doença quer sobre exames complementares e tratamentos médicos, bem como o tempo limitado disponibilizado pelos profissionais de saúde para estar com o utente. Chegámos a conclusões distintas, uma vez que a maioria dos idosos considera que a permanência no consultório deste profissional é adequada (16 idosos) e que há acessibilidade no discurso médico (18 idosos).

A linguagem médica pauta-se pela acessibilidade. Alice refere que a sua médica de família *“tinha o costume de dizer «falando português» quer dizer, não usando os termos técnicos médicos que a gente às vezes não compreende. Ela usa uma linguagem muito acessível para a gente a entender, tem esse cuidado”*. Guida também realça a *“linguagem terra a terra”* da sua médica e José afirma que a médica *“preocupa-se em explicar de forma simples, que eu perceba, sabe que não tenho grandes estudos... Samuel também assegura que os médicos “falam à maneira da gente os compreender bem”*.

Simultaneamente, sete idosos (Alice de Gualtar, António, Deolinda, Eva, Luís, Samuel e Teresa de Godinhaços) realçam a necessidade do utente se expressar numa linguagem que o médico entenda. António afirma que o utente *“tem que ter um bocado de atenção ao que diz e fazer uma explicação que o médico perceba”*. Eduardo refere que *“é importante que o profissional de saúde conheça os seus utentes e as suas linguagens”*. Luís afirma que é importante *“na altura exata, dizermos o que sentimos e termos a certeza que o médico percebeu”*. Samuel diz *“eles falam português, falam à maneira da gente os compreender e eu tenho a preocupação de falar à maneira que eles me compreendam”*. Alice salienta *“nunca me aconteceu eu explicar alguma coisa e o médico não entender o que eu disse, nunca me apercebi, se aconteceu nunca me apercebi”*. É interessante esta preocupação demonstrada pelos idosos em ser entendidos de forma correta (Abreu, 1998), nomeadamente por parte da Deolinda e da Teresa (Godinhaços), duas idosas que não demonstram grande interesse em obter informação e questionar o médico sobre o seu estado de saúde.

Diversas investigações científicas consideram que a relação médico - utente é pautada por dificuldades comunicativas, no entanto, a maioria dos idosos considera que o médico usa uma linguagem acessível. No entanto, sete idosos admitem já ter sentido dificuldades em comunicar com o médico devido à linguagem técnica (Luís de Gualtar, Eduardo, Céu, Sónia e Teresa de Godinhaços), às diferenças linguísticas das regiões do país (Eduardo), à linguagem de alguns médicos de nacionalidade estrangeira (Conceição e Eduardo de Godinhaços) e à falta de comunicação (Camilo de Gualtar e Eduardo de Godinhaços). Eduardo afirma que *“problemas em falar e ser entendido sempre houve em saúde, têm é de haver bom senso e vontade de os superar, o que nem sempre acontece”*.

Luís, Sónia, Teresa e Céu referem a linguagem técnica que, por vezes, os médicos usam. Luís afirma que *“Há códigos que uma pessoa não consegue decifrar”*. Teresa conta que *“às vezes, parece que falam italiano [médico]!”*.

Referindo-se às diferenças linguísticas das regiões portuguesas, Eduardo afirma ser fundamental que os médicos conheçam o calão que por vezes os utentes usam:

*“Cada pessoa é única, funciona de acordo com o local onde vive e cresceu. Quando o utente diz que vai à necessária, o médico tem que saber o que é! Mas não sabem, e aí reside o âmago da questão. Às vezes, o médico diz ao utente, “vai tomar um supositório de 8 em 8 horas”, e o utente mete-o na boca. São coisas que acontecem. As mulheres têm muitos problemas na boca do corpo, mas os médicos não sabem o que é”*.

Eduardo levanta também a questão das diferenças linguísticas existentes no interior do país e da dificuldade em entender os regionalismos, questionando a interpretação que os médicos estrangeiros fazem daquilo que os utentes lhes transmitem:

*“acho estranho que haja médicos estrangeiros (...) porque o calão em espanhol não é igual ao calão em português ou a outra língua qualquer. E como é que um médico estrangeiro sabe ou percebe o que é que as pessoas estão a dizer? Há linguagem do norte ao sul do país que não tem o mesmo entendimento... No Alentejo uma expressão quer dizer uma coisa e cá no Norte outra diferente. Nós ainda temos o mirandês que não se entende... Agora, eu pergunto se um português não percebe o que quer dizer o mirandês, vão perceber os estrangeiros? Os médicos que vão pra Bragança não entendem...”*

Conceição e Eduardo salientam a dificuldade em perceber os médicos estrangeiros que trabalham em Portugal. Conceição afirma que *“aqui atrasado fui ao hospital a uma médica, era espanhola, mas mal se percebia. Ela era magrinha e mal se percebia”*.

A consulta é, na senda de Erving Goffman (1989), um palco de interação entre utente e médico havendo um desajuste entre o que o médico transmite e aquilo que o utente capta (Bastos & Levy, 1987). Já referimos a importância que os idosos atribuem ao entendimento por parte do médico, daquilo que eles dizem e que é dito pelo médico. Para Eduardo, o âmago da questão está numa *“medicina que não se preocupa em explicar e entender o que o utente sente”*.

Ley (1988) considera ser fundamental que o utente compreenda a informação transmitida na consulta e que a recorde. Para isso, é necessário que se melhore a comunicação estabelecida entre o médico e o utente através do uso da repetição, simplificando as informações, explicando a importância da adesão, sendo claro e tendo presente que as primeiras informações são as que se recordam mais.

A comunicação distante dos profissionais de saúde anula a comunicação com o idoso conduzindo a uma desumanização do ato médico. Camilo refere que a comunicação que estabelece com o médico é pouca pois tem uma lista de renovação de medicamentos prolongada que, de certa forma, impede essa comunicação. Eduardo demonstra preocupação sobre o atual estado da medicina que *“está a ficar muito desumana e é muito preocupante, muito preocupante”*.

Também Céu se refere à falta de comunicação com o médico referindo que *“os médicos sabem tudo, eles sabem melhor o que eu tenho do que eu. Eles pelos exames que eu tenho feito, análises e tudo eles sabem bem só que às vezes eles ficam calados”*. Céu considera ser importante o médico questionar para que ela possa responder. Joanne Humphreys (2002) considera que esta relação médico pergunta e utente responde, é um dos entraves à comunicação denunciando uma certa submissão ao poder médico.

Sintetizando, apesar de alguns traços paternalistas nos relacionamentos com o médico, quase todos os idosos evidenciam preocupações com a comunicação estabelecida com o médico valorizando não só o entendimento da informação que lhes é transmitida por este profissional, mas também a capacidade de este perceber corretamente aquilo que eles afirmam. Esta preocupação é evidenciada por Céu, Deolinda, Glória, Sónia e Teresa, pertencentes ao grupo dos que pouco questionam o médico e por Alice, Camilo, Guida, Luís, António Eduardo, Eva e Samuel pertencentes ao grupo dos que questionam o profissional de saúde e se informam sobre o seu estado de saúde. Só assim é que os utentes estão em condições de tomar decisões conscientes sobre o seu estado de saúde e partilhadas com o profissional de saúde.

### 7.3. Enfermeiro

Nem sempre a relação enfermeiro - utente foi reconhecida como importante. Hildegard Peplau foi o primeiro autor a dar relevância e a definir, com base científica, a relação deste profissional com o utente, na obra *Interpersonal relations in nursing* (1952). Peplau refere a importância do papel relacional do enfermeiro e deste desenvolver relações interpessoais que lhe permitam colocar-se no lugar do utente ajudando-o a compreender o que se passa e a integrar esses acontecimentos no contexto da vida.

Na relação enfermeiro – utente, há um encontro significativo com o outro (Phaneuf, 2005). A arte da presença faz a diferença no contexto da experiência da doença. É neste encontro de duas pessoas, com papéis e poderes diferentes, que assenta a relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006).

Cuidar, em enfermagem, implica uma relação que é em si terapêutica. No exercício profissional da enfermagem, a relação terapêutica “carateriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:10).

Somos seres de relação daí que, ao cuidar, os enfermeiros estabeleçam uma relação que, para a totalidade dos idosos é empática (20 idosos), de acessibilidade discursiva (13 idosos) e, em situações pontuais, impessoal (6 idosos).

**Tabela 24 - Relação enfermeiro - idoso**

Idosos por freguesia	Empática	Educativa	Acessível	Impessoal
Gualtar	10	7	3	2
Godinhaços	10	8	8	4
Total	20	15	11	6

Os idosos de Gualtar e de Godinhaços valorizam o relacionamento empático com o enfermeiro. São diversas as expressões usadas pelos idosos para caraterizar a relação empática estabelecida com o enfermeiro. Rita considera que as enfermeiras “*são boas pequenas*” e Samuel refere-se a elas como “*boa gente, atendem bem, são carinhosas*”. Camilo considera que “*são impecáveis*” e Eduardo afirma

que *“o enfermeiro é como se fosse um familiar com conhecimentos técnicos que está à mão de semear do doente”*.

Karl Rogers (1975) considera a empatia um instrumento terapêutico fundamental. A empatia, enquanto base de comunicação terapêutica, é a habilidade do enfermeiro colocar-se no lugar do outro sentindo e vivenciando as experiências de acordo com o ponto de vista do idoso (Stefanelli, 2005).

Manuela Ferreira & Maria Dias (2005), Margot Phaneuf (2005), Maguida Stefanelli (2005) consideram que há empatia quando o enfermeiro se coloca no lugar do utente e tenta entender os seus pontos de vista, sentimentos e atitudes sem se envolver emocionalmente. A finalidade última da empatia é compreender o que está a viver e como está a viver (Berger, 1995). Neste relacionamento empático não há lugar para juízos de valor do idoso, ou indisponibilidade interior do enfermeiro, de modo que não se quebre esta compreensão. Esta relação empática resulta numa participação efetiva do idoso no processo terapêutico.

Para se estabelecer uma relação empática enfermeiro - utente é necessário haver confiança (15 idosos, oito deles de Gualtar) e proximidade (14 idosos, 8 deles de Godinhaços).

A capacidade de empatia está, segundo Maguida Stefanelli (2005), relacionada com sentimentos de confiança. Construir uma relação de confiança pressupõe disponibilidade para confiar (Honoré, 2004) e permite ao utente aprender a lidar com o mundo e resolver problemas (Stefanelli, 2005). Referindo-se à confiança que detém no enfermeiro Conceição refere, *“confio muito nelas (...) dizem-me o que fazer e eu tenho feito que é o remédio que há, se queremos andar mais algum tempo neste mundo”*. Deolinda afirma *“a gente anda debaixo dos domínios delas”*. Sem dúvida que, a confiança exige que o utente tenha a *“crença de que a outra pessoa [enfermeiro] irá prestar ajuda em momentos de necessidade e sofrimento”* (Potter, 1999) mas, por outro lado, também pressupõe que o enfermeiro *“inspire confiança”*. Inspirar confiança é uma atitude ligada ao saber-estar e à experiência de vida do enfermeiro (Berger, 1995).

A confiança no enfermeiro permite que o idoso confidencie estados de espírito, dúvidas e ansiedades face à doença ou a situações particulares. A confidencialidade é um dos princípios éticos que norteiam a prática clínica em enfermagem. No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), art.º 106, poder ler-se que *“o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão”*. É, assim, um dever dos profissionais garantirem ao utente que as informações dadas nos relacionamentos estabelecidos não serão reveladas sem a sua autorização (Massarollo, Saccardo & Zoboli, 2006, Phaneuf, 2005). Referindo-se à confidencialidade, Eduardo considera que *“o utente conta ao enfermeiro o que não conta ao médico”*.

Estabelecer laços de confiança implica proximidade, um envolvimento pessoal. Luís realça a proximidade dos enfermeiros referindo que *“são muito mais disponíveis, conversam, têm mais tempo para o utente”*. Eduardo conta que o enfermeiro *“(...) convive mais com o utente, e trata-o de maneira diferente... no fundo entende melhor as pessoas. E a questão está no entendimento”*. Jean Watson (1985) considera que existe um processo de aprendizagem mútua entre enfermeiro - utente onde ambos os intervenientes desenvolvem uma capacidade de entendimento da situação e formas de lidar com ela.

Seis idosos (Conceição, José, Luís e Rodrigo de Gualtar, Eduardo e Samuel de Godinhaços) comparam a proximidade deste profissional com a proximidade com o médico considerando que o enfermeiro está mais próximo e disponível para explicar ao utente. Rodrigo refere que as enfermeiras *“explicam mais do que o médico, têm mais tempo, estou mais tempo com elas do que com o médico”*.

Esta proximidade com o enfermeiro está patente nas conversas que mantêm. Estar presente é estar próximo e disponível, mas também mostrar preocupação (Lopes, 2006). A maior parte dos idosos, sete de Godinhaços (Deolinda, Eduardo, Eva, Glória, Rita, Samuel e Teresa) e cinco de Gualtar (Camilo, Conceição, Isabel, José, Rodrigo) faz referência à conversação que mantêm com o enfermeiro. Samuel diz que as enfermeiras *“conversam bem sobre mim”*. Camilo assume *“conversamos muito”*. Os restantes idosos (Carolina, Guida, Luís de Gualtar e António e Céu de Godinhaços) consideram os enfermeiros apressados com exceção de Alice, Miguel e Sónia que acham que, por vezes, estes profissionais são apressados. Céu refere-se aos enfermeiros como *“sempre cheios de pressa”*. Guida refere *“os enfermeiros vêm sempre apressados”*. A relação enfermeiro - doente está sujeita à disponibilidade do enfermeiro, sendo fundamental haver mais tempo para estar com o doente.

Este relacionamento de proximidade facilita o que Barbara Vaughan (1991) denominou de “educação terapêutica”. Esta refere-se ao processo de ensino encetado pelo enfermeiro que, através da relação de proximidade, se foca nas diversas necessidades do utente. O enfermeiro envolve-se e compromete-se com o utente tendo esta abordagem um potencial terapêutico que, na opinião da autora, se reflete, entre outros aspetos, na QdV e desenvolvimento pessoal do utente.

Esta relação educativa enfermeiro - utente é visível em quinze idosos, sete de Gualtar (Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Rodrigo) e oito de Godinhaços (Céu, Deolinda, Eduardo, Eva, Glória, Rita, Samuel, Teresa). Camilo considera que estabelece uma *“conversação educativa”* com as enfermeiras uma vez que *“elas são (...) bem informadas sobre a forma como devo agir”*. Rodrigo considera que *“falam bem, explicam bem (...) querem saber e dão bons conselhos”*. Céu considera

que *“este trabalho dos enfermeiros facilita os doutores”* e Guida vai mais longe ao referir que *“por vezes fazem com que evitemos os médicos porque nos aconselham o que devemos fazer”*.

A maioria dos idosos, nove deles de Godinhaços (António, Céu, Deolinda, Eduardo, Eva, Glória, Rita, Samuel, Teresa), mantém um relacionamento com o enfermeiro pautado por uma acessibilidade discursiva evidente em diversas expressões. Miguel diz que o enfermeiro *“tem uma maneira muito simples e direta de falar”*, Rita saliente que estes *“sabem que a gente é do campo, não usam esse palavreado todo!!! (risos). Só dizem coisas simples, que eu entendo”*. Deolinda vai mais longe afirmando *“percebo tudo e elas percebem-me”*. Maguida Stefanelli (2005) refere a importância de existir um linguajar com significação comum para a mensagem ser percebida e compreendida por enfermeiro e utente.

A quase totalidade dos idosos considera que o enfermeiro é comunicador, mas somente oito idosos (Miguel e Rodrigo pertencentes ao grupo que não tem hábito de questionar e Guida, Camilo, Carol, Conceição, Isabel e Luís pertencentes ao grupo que tem por hábito questionar) referem que o enfermeiro lhes dá explicações sobre o seu estado de saúde. Guida refere que estes profissionais *“elucidam a gente”* e António refere que este *“aconselha e pergunta, lá isso é verdade”*.

Neste sentido, três idosos (Sónia de Godinhaços, Eva e Samuel de Gualtar) destacam a importância de o enfermeiro compreender o que lhe foi transmitido pelo idoso. Samuel refere ter *“a preocupação de falar à maneira que eles me compreendam”*. Eva diz que os enfermeiros *“...percebem e se não perceberem que perguntem. Já tem acontecido o doente dizer uma coisa e o médico e o enfermeiro perceber outra e o doente até morrer”*.

É interessante constatar que os idosos (exceto Sónia) que se inserem no grupo que pouco questionam o profissional de saúde sobre o seu estado de saúde, valorizam a acessibilidade discursiva do enfermeiro em comparação com o grupo que usualmente questiona onde apenas António, Eduardo, Eva, José, Luís e Samuel fazem referência a essa acessibilidade.

Nenhum dos idosos refere que o enfermeiro usa uma linguagem técnica e de difícil compreensão. Luís afirma que os enfermeiros *“são de fácil trato e de linguagem simples. E é assim que tem que ser, não é?”*. Margot Phaneuf (2005) e Maguida Stefanelli (2005) consideram que o enfermeiro deve exprimir-se de forma a ser compreendido utilizando uma linguagem simples, clara, breve, acessível, apropriada ao tempo, às circunstâncias, e ao contexto, de acordo com as reações do utente.

Uma mensagem partilhada reflete percepções, valores, cultura, papéis sociais e as experiências de cada um (Duarte, 2002, Ferreira & Dias, 2005, Potter, 1999), daí a necessidade do enfermeiro se

consciencializar que a linguagem utilizada pode ter diversas interpretações o que torna a comunicação interpessoal enfermeiro - utente única (Potter, 1999).

Seis idosos (Carolina, Rodrigo, António, Eduardo, Eva, Samuel), a maioria de Godinhaços, descrevem situações pontuais de impessoalidade no relacionamento com os enfermeiros. Apenas Carolina considera que a enfermeira de família que lhe foi atribuída assume esta postura pois “*não perde tempo a falar, está sempre a despachar*”, de forma que considera que os enfermeiros “*pensam que têm o rei na barriga!*”. Margot Phaneuf (2005) refere que os enfermeiros, por vezes, nas práticas quotidianas, relegam para segundo plano as pessoas, focando-se no tratamento e na organização do trabalho. Paul Watzlawich (1973) defende que todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação afeta o comportamento. Deste modo, Isabel Lage (1996) considera que os enfermeiros, enquanto gestores da relação, devem ter noção dos efeitos que os seus comportamentos podem desencadear.

Na globalidade, os idosos demonstram satisfação na relação estabelecida com os enfermeiros. Alice considera “*do contacto que tenho e do que preciso delas também me satisfazem, são atenciosas, estou plenamente à vontade para dizer que nunca nenhuma me recebeu mal. Há sempre uma mais simpática que outra, mas é como tudo na vida*”.

Da investigação efetuada concluímos que, na relação que estabelecem com o enfermeiro, os idosos valorizam as competências relacionais e comunicacionais face às competências técnicas. Criar empatia com o enfermeiro e entender aquilo que lhes é transmitido, mas também garantir que este profissional partilha o mesmo entendimento, são os aspetos mais realçados pelos idosos no relacionamento com este profissional de saúde. Estes resultados vão ao encontro do trabalho sobre as competências do enfermeiro em contexto, desenvolvido por Patrícia Benner (2001) que identificou as competências relacionais a que chamou de Função de Ajuda.

A prática de enfermagem pressupõe, assim, interação humana com os outros, isto é, não só o saber fazer, mas também o saber ser (Berger, 1995). Esta prática envolve, assim, competências adquiridas na formação inicial dos enfermeiros e que vão sendo desenvolvidas profissionalmente pelo enfermeiro: de iniciado passa a iniciante avançado, a competente, a proficiente, até chegar a perito (Benner, 2001). O enfermeiro deve ter conhecimento (saber), capacidades (saber-fazer), atitudes e comportamento (saber-ser), de forma que, no relacionamento que estabelece com o utente, vá ao encontro das suas necessidades.

Por outro lado, os idosos, apesar de valorizarem a relação com o enfermeiro, fazem menos referência a esta relação e, muitas vezes, essas referências são comparadas com as que estabelecem com o médico.

A comunicação e o *empowerment* são a forma de tornar a relação com os enfermeiros menos assimétrica, contudo, essa assimetria fará sempre parte deste relacionamento, uma vez que uma das partes (enfermeiro) detém o conhecimento e a outra parte (utente) necessita desse conhecimento para obter a cura e alcançar a saúde. Atentemos nas diferentes formas de poder que os idosos consideram existir nas relações que mantêm com o enfermeiro e o médico.

#### **7.4. Relações de Poder**

Michael Foucault (1989) considera que o poder é uma relação de forças que existe em todas as sociedades, lugares e relacionamentos e que atua sobre os indivíduos. Defende que o hospital é um instrumento de produção e de transmissão de saber que assegura o exercício do poder.

São inúmeras e diferentes as formas de poder que encontramos nos relacionamentos estabelecidos entre os profissionais de saúde e os utentes. Desde logo, médico e enfermeiro detêm poderes diferentes na instituição de saúde. O médico é o único especialista que está habilitado a declarar oficialmente a doença com base em conhecimentos especializados e científicos e em permitir que a pessoa assuma o papel de doente (Duarte, 2002, Parsons, 1951). A profissão médica detém o monopólio profissional na área da saúde sendo o saber médico o saber central. Os restantes saberes que intervêm na área da saúde, nomeadamente os saberes de enfermagem, são periféricos (Carapinheiro, 1989).

O médico delega atividades nos diversos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros pelo que, embora autónomos em termos profissionais, os enfermeiros estão dependentes da ação médica, os atos do enfermeiro estão dependentes da prescrição médica (Lopes, 2001, May, 1990, Mercadier, 2004, Turner, 1987). Deste modo, Noémia Lopes (2001) considera que este trabalho delegado evidencia a supremacia do ato médico face a outras práticas profissionais não médicas, nomeadamente a de enfermagem. Esta dominância profissional<sup>41</sup> da medicina evidencia a dependência técnica e social da atividade de enfermagem à atividade médica.

Bernard Honoré (2002) refere que os enfermeiros ainda são vistos como “auxiliares do médico”. Vários idosos fazem referência a este monopólio ao considerarem que o poder do médico é superior ao do enfermeiro sendo estes últimos, na opinião de Eduardo, “*uns secretários, umas muletas dos médicos*”. Para Céu e Carolina os enfermeiros são “*ajudantes dos médicos*”. Samuel sintetiza de forma extraordinária o poder do trabalho médico face ao enfermeiro:

---

<sup>41</sup> Conceito introduzido por Friedson em 1970 na teoria sociológica através da obra *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Nova York, Atherton Press.

*“os médicos são importantes, mas elas [enfermeiras] também são (...) o médico tem que se bater à porta e pedir licença e elas não, elas vêm chamar o utente à sala, amparar o utente se for preciso e a médica não, é outra categoria, estão lá sentados à espera que a gente entre lá para dentro”*

A este propósito, Patrícia Benner (2001) alerta para a falta de reconhecimento do papel do enfermeiro na recuperação da cura do utente. Esta falta de reconhecimento social e profissional pode resultar em negligências de aprendizagem prática.

Este poder do médico face ao enfermeiro é também visível na forma como os idosos se dirigem e fazem referência a este profissional, sendo clara a deferência para com o médico. Expressões como “doutora”, “doutor”, “senhora doutora”, “senhor doutor”, “médica”, “médico”, “senhora médica”, “senhores doutores”, “médico de família” são demonstrativas do decoro dos idosos na forma como se dirigem ao médico. Apenas Isabel se refere simultaneamente ao médico como o Almeida Soares ou o Moura Leal e como o “senhor doutor”, a “doutora” ou o “médico”. Em relação aos enfermeiros também se verifica esta forma de poder no trato embora de forma menos acentuada, uma vez que os idosos se referem a estes profissionais, na maior parte das vezes, como o enfermeiro ou “a menina” (Guida) e, raras vezes, como o “senhor enfermeiro/a” (Carolina e Sónia).

A enfermagem, enquanto profissão, está regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros com os seus estatutos e código deontológico. Além disso, a integração do ensino de enfermagem no ensino superior universitário e a regulamentação do exercício profissional do enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro e posteriores alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril) são demonstrativas da autonomia profissional do enfermeiro.

O Decreto-Lei n.º 104/98 refere a imprescindibilidade do enfermeiro no sistema de saúde ao afirmar que “os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”.

Pierre Bourdieu (1989) defende que o capital social e simbólico da medicina está no conhecimento científico sobre o diagnóstico, a terapêutica e a cura. Este capital, reconhecido pela sociedade repercute-se, na prática, nas relações de poder assimétricas entre médico e enfermeiro. No processo de diagnóstico e terapêutica médica, a relação médico/ utente é de interdependência.

Médicos e enfermeiros são detentores do poder da cura, isto é, detêm conhecimento. Deste modo, a relação profissional de saúde e utente é, antes de tudo, assimétrica sendo esta assimetria natural na opinião de Joanne Humphreys (2002).

Os consumidores de saúde são cada vez mais responsáveis e exigentes, tentam estabelecer uma interação mais igualitária com o médico (Bohmer, 2000, Ribeiro, 2009) e com o enfermeiro. Tal situação deve-se à insatisfação crescente face à burocratização da saúde e ao aumento das reivindicações dos utentes que querem ter um papel mais interventivo na sua saúde. Esta situação tem concorrido para a transformação dos relacionamentos do indivíduo com o profissional de saúde o que não significa, contudo, que as formas de poder nos relacionamentos com os profissionais de saúde desapareçam.

Exercer medicina e enfermagem são funções diferentes que exigem capacidades distintas dos profissionais de saúde e, como tal, também lhes atribuem diferentes formas de poder.

**Tabela 25 - Poder do Profissional de Saúde**

Idosos por freguesia	Médico							Enfermeiro					
	Sabedoria	Doença	Medicação	Alimentação	Exames	Tratamentos	Marcação de consulta	Sabedoria	Doença	Tratamentos	Medicação	Alimentação	Marcação de consulta
Gualtar	9	9	7	7	7	8	5	9	8	9	3	3	1
Godinhaços	9	9	10	6	6	4	3	9	10	7	4	4	3
Total	18	18	17	13	13	12	8	18	18	16	7	7	4

A quase totalidade dos idosos considera que o poder do médico (exceto Miguel de Gualtar e Eduardo de Godinhaços) e do enfermeiro (exceto José de Gualtar e Glória de Godinhaços) advém da sabedoria que detêm.

O poder do profissional de saúde advém do saber, fruto do conhecimento que cada um dos profissionais detém graças ao diploma escolar, e que o capacita para exercer a profissão. Este conhecimento e sabedoria habilita-o para tratar a doença, aconselhar sobre a alimentação, marcar consultas e, no caso dos médicos, mandar realizar exames, tratamentos médicos e medicar.

O médico, enquanto técnico especializado, atua sobre um corpo doente e frágil com o intuito de restabelecer a normalidade. A palavra do médico é socialmente importante tendo grande efeito sobre o utente. O que o médico diz influencia no processo de cura do doente (Duarte, 2002, Parsons, 1951, Pio, 1998), exercendo o efeito de placebo. António, Céu, Samuel (Godinhaços), José e Luís (Gualtar) referem-se a esse efeito benéfico que o médico exerce sobre eles. António conta que “*mesmo que não precise [de ir ao médico] tiro a vez e vou porque eu gosto de conversar sabe, gosto de ver o que ela diz e faço tudo*”.

Estas relações de poder/saber são bem visíveis nos discursos dos idosos. Sónia afirma que o médico “*tem muita sabedoria*” e Luís refere que “*o médico é que conhece o nosso corpo e vai pensar pode ser isto ou pode ser aquilo*”. Alice considera que o médico “*é um doutor bem formado*” e para Deolinda “*eles têm que ter sabedoria para nos mandar tomar os medicamentos, nós é que dizemos o que temos e o resto é com eles*”.

Em relação à sabedoria do enfermeiro, António diz que “*os enfermeiros também sabem muito*” e Camilo considera que estes profissionais “*estão bem informados sobre a forma como devo agir*”.

Patrícia Benner (2001) defende que o poder dos enfermeiros está no apoio que estes dão aos utentes baseado no conhecimento e saber científico que dispõem. Deste modo, o enfermeiro exerce a função de educador tentando (1) encontrar o momento em que o utente está predisposto a aprender, (2) ajudando o utente a interiorizar a doença bem como as implicações desta, (3) compreendendo a interpretação que o utente faz da doença, (4) interpretando e explicando os tratamentos, (5) abordando todos os aspetos culturais da doença mesmo aqueles que são tidos como tabus.

A bata branca é também um símbolo de poder que indica sabedoria. A bata indica a função e distingue a posição social do médico e do enfermeiro. Embora ambos usem uma bata branca, os médicos têm um estetoscópio ao pescoço, os enfermeiros não. Bata confere prestígio e poder aos profissionais de saúde e determina o papel que cada um desempenha (Mercadier, 2004).

A formação académica destes profissionais é diferente. O curso de enfermagem é menos moroso e as temáticas abordadas nas unidades curriculares são distintas. A título de exemplo, os enfermeiros não dissecam cadáveres (Mercadier, 2004). Eva refere que “*os médicos são mais importantes que elas [enfermeiras], têm mais estudos, fazem mais coisas*”.

Nos últimos anos, temos assistido a uma mudança na profissão de enfermeiro. Esta profissão deixou de ser apenas técnica para passar a ser também uma profissão detentora de conhecimentos científicos. Esta mudança no exercício profissional da enfermagem é referida por alguns idosos – “*gente jovem [enfermeiros], ali a dar assistência com muita categoria, pessoas conscientes, pessoas*

*jovens, mas são formadas, com o curso de enfermagem. Antigamente era mais andadeiro, agora não, agora tem que ter curso”, Miguel.*

O Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril evidencia o conhecimento e a competência existente na classe de enfermagem:

“O exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do séc. XIX, sendo que, a partir da 2ª metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente”.

A maioria dos idosos reconhece na saúde e na doença o poder do médico (exceto Miguel de Gualtar e Deolinda de Godinhaços) e do enfermeiro (exceto Alice e Miguel de Gualtar).

Para Céu, a ação do médico na doença é fundamental ao afirmar que “*é como lhe digo. É por isso que são importantes os médicos. Se não houvesse médicos o que é que havia de ser, morria-se tudo. Já viu tanta doença que há*”. São inúmeras as expressões que ao longo do texto se referem ao poder do médico na doença. Eva diz “*vou lá para ele [médico] me curar da minha doença*” e o Rodrigo afirma que este profissional de saúde “*consertou*” a sua esposa. António diz, inclusive, que “*não quer dizer que não seja católico, mas sem o padre arremedeio e sem os doutores não*”.

O médico é o especialista da doença, é ele que, no fundo, detém a sabedoria para diagnosticar e aconselhar terapêuticas médicas. Talcott Parsons (1951) reforça a ideia de que o médico, enquanto especialista, detém o poder de tratar.

Este poder na doença também é reconhecido ao enfermeiro por dezoito idosos (exceto Deolinda e Miguel de Godinhaços) e refere-se aos procedimentos técnicos que estes profissionais realizam e aos conselhos que dão aos utentes. Quanto aos procedimentos técnicos, Luís refere que a enfermeira diz “*se tenho peso a mais ou a menos, se a tensão está boa ou não está... aquelas normas*”. Em relação aos conselhos dados, Carolina comenta que o enfermeiro “*pergunta-nos o que temos, diz-nos o que fazer*”.

O enfermeiro detém assim, o poder de tratar o utente e de promover a sua saúde. Cabe ao enfermeiro a tarefa de integrar o utente na família e na sociedade ajudando-o a prosseguir com as suas tarefas diárias apesar das limitações que possam apresentar, abrindo aos utentes e familiares novas perspetivas (Benner, 2001).

Outro indicador do poder do médico e do enfermeiro é a medicação. O médico é o único profissional de saúde que detém o poder de medicar, talvez por isso este poder do médico apareça em terceiro lugar, referido por dezassete idosos (exceto Conceição, Guida, Miguel de Gualtar) e, nos enfermeiros apareça apenas em quarto lugar, referido apenas por sete idosos (Conceição, Guida e José de Gualtar, António, Céu, Eduardo e Samuel de Godinhaços).

Realça-se a ideia de que o médico é o especialista no medicamento ao identificar sintomas e a medicação adequada para combater esse mesmo sintoma. Rita refere que *“o doutor que está na casa do povo diz que eu nunca podia estar sem remédios”*. Concomitantemente, já referimos em capítulos anteriores que os idosos assumem uma atitude de conhecimento e responsabilidade face à medicação e que todos os idosos assumem tomar medicação a mando do profissional de saúde (médico ou médico dentista) embora quatro idosos (Laurinda, Conceição, Isabel, Miguel) admitam também tomar medicação a conselho de outras pessoas (filha ou vizinhos) e três (Alice, Camilo e Isabel) se automediquem, em situações pontuais (por exemplo quando vão viajar), com medicação receitada pelo médico.

O poder de medicar do médico deve ser exercido com responsabilidade, isto é, deve ser atribuído ao utente o medicamento adequado evitando-se medicar em excesso. Dezassete idosos referem esta capacidade de o médico medicar com responsabilidade. Isabel refere que *“não estou a ler [bula médica] porque a responsabilidade é do médico [da toma da medicação]”*. Sónia alude também que *“temos que seguir os conselhos dos médicos, tomar os medicamentos direitinhos. Eu tenho tido muita sorte com os médicos que me aparecem, graças a Deus!”*.

Comparando o poder de medicar do médico e do enfermeiro, Luís diz que *“o enfermeiro é diferente do médico, a enfermeira é aqueles cuidados primários, a enfermeira não me receita, é o médico”*.

Sete idosos (Camilo, Conceição, Guida, José, Luís de Gualtar, Eduardo e Samuel de Godinhaços) realçam o poder do enfermeiro na medicação aludindo aos ensinamentos deste profissional no aconselhamento e na verificação da toma da medicação de acordo com a terapêutica médica, bem como da aplicação de tópicos. Referindo-se ao poder do enfermeiro face à medicação, Guida diz *“quando temos a tensão alta são eles [enfermeiros] que nos alertam sobre o que fazer, o que tomar”*. Samuel refere que estes profissionais *“só querem é que tome os comprimidos a horas”*.

Na alimentação, é também visível o poder dos profissionais de saúde, especialmente do médico. Já constatámos que a maioria dos idosos (17) demonstra preocupações em cuidar de si na alimentação e que todos os idosos afirmam cumprir as ordens médicas embora apenas oito sejam cumpridores regulares, e onze afirmem não cumprir regularmente essas ordens médicas.

O poder do médico na alimentação do idoso é notório e evidenciado por treze idosos (Alice, Carolina, Conceição, Isabel, José, Luís, Rodrigo de Gualtar, Deolinda, Eva, Glória, Rita, Sónia e Teresa de Godinhaços). Conceição afirma que, no que concerne à alimentação, *“faço o que me mandam que é para o bem da gente”* e Alice diz que *“se uma vez ou outra não resisto à tentação, não pode ser sistematicamente porque senão estamos mal, muito mal”*. A maioria dos discursos começam com *“o médico manda-me comer...”* ou *“o médico diz que...”*.

Apenas sete idosos (Conceição, Isabel, José de Gualtar, António, Eduardo, Eva, Glória de Godinhaços) fazem referência ao poder do enfermeiro na alimentação, realçando-se os conselhos face a uma dieta adequada a cada um - *“Mandam-me comer isto, aquilo, acautelar. Não há nada que dizer dela, dá bons conselhos”*, António; *“Explicam-me tudo, o que posso comer, tiraram-me o café”*, Conceição.

Os idosos reconhecem que apenas o médico detém o poder de mandar realizar exames complementares e diagnóstico. São treze os idosos (Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Miguel de Gualtar, Céu, Deolinda, Eduardo, Eva, Samuel e Sónia de Godinhaços) que se referem a esse poder. Luís refere *“a médica de família lá se encarrega de todos os anos me mandar fazer exames gerais, provas de esforço, eletrocardiogramas, exames ao sangue, às urinas, é todo o tipo de análises e tudo o mais (...)”*.

Perante um crescente de utentes informados e que querem receber informação do profissional de saúde, Michael Balint (1998) defende que a atuação do médico deve ir no sentido de pedir a colaboração e a adesão dos utentes na realização dos exames e tratamentos médicos e de diagnóstico, de acordo com o grau de maturidade face ao saber que cada um demonstra ter.

Outro dos poderes destes profissionais de saúde é o poder de tratar. Quinze idosos consideram ser os enfermeiros os detentores deste poder embora também reconheçam este poder ao médico (12 idosos). Este poder dos enfermeiros é visível na realização dos tratamentos médicos, nomeadamente na aplicação de injetáveis e colheitas, no tratamento de feridas, na avaliação de sinais vitais e outras medições (medição da temperatura, medição da tensão arterial e frequência cardíaca, medição da glicémia capilar) e na realização de exercícios fisioterapêuticos. Nos discursos dos idosos (Alice, Camilo, Carolina, Conceição, Guida, José, Luís, Miguel de Gualtar, António, Céu, Deolinda, Eduardo, Samuel, Sónia, Teresa de Godinhaços), são várias as descrições de tratamentos realizados por este

profissional de saúde. Guida refere que os enfermeiros *“medem a tensão, fazem curativos (...)”*. Luís salienta que o enfermeiro *“(...) pesa-me, vê a pulsação e tudo o mais”*. Camilo, diabético, diz que este profissional *“mede-me a tensão, pesa-me, vê-me os pés e a glicemia”*. Para António, *“os enfermeiros são bons para dar injeções, para vir a casa quando não me puder alevantar, são eles que andam de volta da gente”*.

Teresa considera que *“a enfermeira é que faz tudo, cose e cura!”*. Samuel vai mais longe valorizando este poder de tratar dizendo que as enfermeiras *“(...) fazem muita falta para dar assistência à gente. Quem é que nos ia aplicar as injeções?”*.

O poder de tratar atribuído pelos idosos aos enfermeiros refere-se à prestação de cuidados técnicos e específicos atendendo à doença e com vista à reparação do órgão em questão (Pacheco, 2002).

Este poder de tratar também é evidenciado no médico por doze idosos (Camilo, Carolina, Conceição, Guida, Isabel, Luís, Miguel, Rodrigo de Gualtar, Eduardo, Gloria, Samuel e Sónia de Godinhaços). Estes fazem referência às aptidões clínicas e procedimentos práticos dos médicos no tratamento dos doentes. Referem, nomeadamente, a adesão à terapêutica; a identificação de como e quando avaliar a eficácia com base na evidência científica (Victorino, Jollie & Mckimm, 2005). Em relação à adesão à terapêutica, Rodrigo, referindo-se aos tratamentos, afirma, suspirando, que *“o remédio é fazer o que elas [médicas do Porto que o acompanham] mandam!”*. Quanto à identificação e avaliação do utente, Luís diz *“nós, se o procuramos [médico] é porque precisamos dele, do trabalho ou da opinião dele”*.

Os profissionais de saúde, também exercem o seu poder na marcação das consultas embora o façam por exigência dos serviços. Esta marcação de consultas abarca as consultas periódicas no médico de família ou em consultas específicas de enfermagem<sup>42</sup>. Oito idosos (Camilo, Conceição, Luís, Miguel e Rodrigo de Gualtar, Céu, Deolinda e Teresa de Godinhaços) realçam o poder do médico na marcação de consultas e quatro idosos (Isabel de Gualtar e Céu, Eduardo e Deolinda de Godinhaços) referem o poder do enfermeiro. Luís diz que a médica de família *“marca-me no computador outra consulta”* e Deolinda afirma que *“a enfermeira marca-me as consultas dela, vou lá duas vezes ao ano”*.

Não conseguimos estabelecer relação entre as formas de poder estabelecidas com médicos/enfermeiros e os idosos que se inserem quer no grupo que habitualmente questiona estes profissionais de saúde, quer no grupo que não tem por hábito fazê-lo.

Verificamos que os idosos reconhecem maior poder aos médicos salientando o poder saber e o poder de medicar destes profissionais. No enfermeiro, é realçado o poder de tratar além do poder saber.

---

<sup>42</sup> Consultas materno-infantis ou dos diabetes pelos enfermeiros.

Constatámos que, apesar dos idosos nem sempre questionarem o profissional sobre o seu estado de saúde, estes, na maior parte das vezes, têm o hábito de transmitir ao utente informação clínica numa linguagem acessível. Parece-nos que o idoso aproveita a experiência e o saber do médico e do enfermeiro reconhecendo os diferentes poderes exercidos por estes profissionais: a posse de saberes e competências capacita no médico o “poder-saber” (Carapinheiro, 1991); o enfermeiro detém o poder de vigiar e cuidar do corpo do utente e a sua saúde (Fernandes, 2008).

Peter Tate (2004) considera que o controle da informação aumenta o poder do médico e, na nossa opinião do enfermeiro, reduz o envolvimento do utente. Inverter esta situação passa por centrar a consulta no utente e partilhar informação. O médico e o enfermeiro continuam a deter o poder embora detenham menos controlo e autoridade sobre ele.

A comunicação é a melhor forma de esbater esta assimetria do poder através da partilha de informação atendendo às capacidades de literacia e de *empowerment* de cada um. Se, por um lado, o maior acesso à informação por parte do utente e o *empowerment* de cada um tem contribuído para alterar a relação profissional de saúde e utente (Humphreys, 2002), por outro lado, as instituições de saúde, enquanto espaços de reprodução de capitais e de trocas simbólicas, legitimam a hegemonia dos profissionais de saúde.

Na perspetiva de Michel Foucault (1989), a relação de poder deve ser exercida não enquanto forma de manipular o outro, mas como exercício de liberdade. As relações de poder orientam a conduta do outro, a adoção de comportamentos e atitudes corretas face à saúde e à doença e o entendimento de modo que haja uma correta interpretação daquilo que é dito e o contexto em que é dito. Michel Foucault realça a importância da consciência da liberdade de cada um nas diversas relações que estabelece. Neste sentido, afirma que toda a relação humana é, de certa forma, uma relação de poder subtil na medida em que os indivíduos acatam muito do que lhes é dito de forma consciente ou sem se aperceberem.

## Capítulo VIII - Ocupação do tempo

As relações sociais refletem-se no bem-estar psicológico e na saúde dos idosos aumentando a satisfação perante a vida e, conseqüentemente a QdV (Paúl, 2005a, Ramos, 2002, Sequeira & Silva, 2002). Autores como Hélder Fernandes (2007), Marília Ramos (2002) e Félix Neto (1999, 2000) defendem que a sociabilidade dos idosos aumenta a QdV. Neste sentido, vamos analisar a forma como os idosos ocupam o seu tempo e os relacionamentos sociais que mantêm para perceber de que forma é que estes aspetos se refletem na saúde e QdV de cada um.

O quotidiano dos idosos é ocupado com diversas atividades salientando-se as atividades de lazer, as domésticas, as religiosas e as agropecuárias. Curiosamente, o lazer é a atividade mais referida pelos idosos o que contrasta com o estudo efetuado pela Direção-Geral de Saúde em 1995, que refere que a reduzida QdV da população se deve à inexistência da prática de atividades lúdicas por parte dos idosos.

**Tabela 26 - Ocupação do Tempo**

Idosos por freguesias	Lazer										Domésticas	Religiosas	Atividades agropecuárias		Não fazer nada	"Zicar"	Familiares
	Recreativo			Social		Ocupacional	Cultural		Artesanal				Trabalho agrícola	Tratar dos animais			
	TV	Rádio	Computador	Conviver	Passeios/ excursões	Cuidar do jardim	Ler	Palavras cruzadas	Lavores	Pinturas							
Gualtar	10	1	2	7	6	3	2	1	-	1	7	7	3	-	-	2	2
Godinhaços	7	3	-	5	9	1	-	-	2	-	9	5	8	6	6	5	3
Total	16			13		4	3		3		16	12	11		9	5	5

Os idosos escolhem livremente as atividades que lhes dão prazer, divertimento ou descanso. Este uso do tempo, o lazer, visa a sociabilidade (Dumazedier & Israel, 1974, Martins, 2010).

O tempo livre permite a participação em atividades, mas também pode conduzir ao que Joffre Dumazedier (1994) chama de "um tempo de vazio envenenado" por situações de abandono e isolamento.

O lazer está inserido numa determinada sociedade e cultura e, como tal, é social pois resulta das ideias proferidas por essa sociedade (Dumazedier & Israel, 1974). Cada idoso opta pelas práticas de lazer que melhor se adequam à sua personalidade e maneira de ser de acordo com o passado de cada um (Fonseca, 2005).

As atividades de lazer a que os idosos mais dedicam o seu tempo são as recreativas, nomeadamente, a televisão. Assim, grande parte dos idosos vê televisão (17 idosos), com destaque para os que habitam em Gualtar (10 idosos), o que vai ao encontro dos estudos realizados por Rosa Martins (2010) e Rocio Fernández-Ballesteros (1998). Na opinião de Joffre Dumazedier (1994), a televisão é um fenómeno de lazer comum a todas as classes sociais. Isabel, Conceição, Eduardo e Miguel apesar de não se referirem a esta forma de entretenimento, durante a entrevista estavam a ver televisão aquando do início das mesmas. Além da TV, quatro idosos referem ouvir rádio (Samuel, Eduardo e Deolinda de Godinhaços, Miguel de Gualtar) e dois idosos de Gualtar utilizam frequentemente o computador (Camilo e Luís).

Conviver é importante para os idosos. A maioria dos idosos (8 de Gualtar e 5 de Godinhaços) dedica muito do seu tempo a conviver, tal como concluiu Rosa Martins (2010) na investigação que efetuou com idosos a residir em instituições ou em habitações próprias e de familiares.

Os idosos de Godinhaços são aqueles que mais visitam familiares ou amigos (8 idosos) mas, são os de Gualtar que são mais visitados (9 idosos). Tal situação deve-se por um lado, ao facto de os idosos de Gualtar viverem mais no espaço da casa (interior) e, por outro lado, de haver dois idosos acamados e outros dois que são cuidadores dos cônjuges e, como tal, são mais visitados, enquanto os de Godinhaços vivem mais no exterior, sendo que no trabalho de campo ou no tratamento dos animais (levar a vaca ao campo para pastar) contam com o apoio e solidariedade dos vizinhos que vêm ajudar num espírito de entreaajuda e colaboração caraterísticos dos meios rurais. Este espírito é tido como “natural” para os idosos de Godinhaços e o convívio com os vizinhos é evidente daí que apenas cinco idosos tenham feito referência ao convívio. O ambiente em que decorreram as entrevistas é prova disso – os idosos encontravam-se a lavar os campos (Eva) ou a limpar regos (Teresa), nunca estando sozinhos, mas sempre acompanhados por algum vizinho que os ajuda ou que trata do seu campo, ali ao lado. Por vezes, os idosos estavam ao portão de casa (António, Samuel) ou junto a alguma cerca (Céu) que limitava o terreno a conversar com vizinhos. As entrevistas realizadas no exterior ou interior das casas eram constantemente interrompidas por um vizinho que vem entregar alguma coisa, perguntar ou simplesmente conversar. Além disso, na opinião dos idosos de Godinhaços, visitam-se as pessoas quando elas estão doentes.

Outro aspeto interessante é o facto de Guida estar constantemente acompanhada por outros (profissionais de saúde, familiares e amigos) que vêm visitar o seu marido acamado e não considerar que convive o que se deve à situação clínica do marido e à preocupação constante que lhe dispensa.

Os idosos são visitados com bastante regularidade (15 idosos), essencialmente por familiares, mas também por amigos, e apenas onze idosos afirmam visitar amigos e familiares em situação de doença. Destes onze idosos que afirmam ser visita de alguém, oito são de Godinhaços e apenas três de Gualtar o que se prende, como já referimos, com o facto de os idosos de Godinhaços estarem mais ativos socialmente em termos laborais e apresentarem-se aparentemente mais saudáveis (referem menos doenças e tomam menos medicação). De acordo com os estudos efetuados por Constança Paúl, António Fonseca, Ignácio Martin & João Manuel Amado (2005), os idosos do meio rural (comparativamente com os do meio urbano) têm uma rede de familiares e amigos mais alargada.

Três idosos de Godinhaços (Eva, Glória e Samuel) afirmam já ter pertencido a grupos, associações ou movimentos (Casa do Povo, Grupo Coral, Rancho Folclórico) e dois de Gualtar (Guida e Camilo) também já pertenceram (Grupo Coral, Conferência de S. Vicente de Paulo, Catequese, Grupos de Cristandade).

Sete idosos (3 de Godinhaços e 4 de Gualtar) ainda pertencem atualmente a algum grupo, movimento ou associação, destacando-se o grupo coral (Céu e Deolinda), a Legião de Maria (Isabel e Luís), a Associação de Reformados (Alice), Santa Teresa do Menino Jesus (Camila) e ao Clube de Dança, ao Clube de Futebol e ao Clube Gastronómico (Eduardo). Nove idosos (Carolina, Conceição, José, Miguel e Rodrigo de Gualtar, António, Rita, Sónia e Teresa de Godinhaços) nunca pertenceram a nenhum grupo associativo ou movimento.

Seis idosos da freguesia de Godinhaços ainda estão ligados (Céu, Deolinda e Eduardo) ou já estiveram a algum movimento ou grupo associativo (Eva, Glória e Samuel), enquanto apenas 5 idosos de Gualtar se encontram em situações similares (Alice, Camilo, Isabel, Luís e Guida). Esta ligação ao associativismo é importante na medida em que permite o desenvolvimento da consciência cívica, a vivência de experiências significativas e a intervenção social.

As organizações associativas são decisivas na construção da solidariedade e no exercício da cidadania e da democracia (Coelho, 2008). Estas associações facilitam o fortalecimento de laços sociais sendo que as redes sociais construídas através desta forma de solidariedade moldam a identidade dos mais velhos atendendo à missão da instituição (Fontes, 1999). É, assim, evidente que o associativismo promove a socialização do idoso para a cidadania e a QdV.

Dos nove idosos que nunca pertenceram a nenhuma forma de associativismo (4 de Godinhaços e 5 de Gualtar), apenas António não participa regularmente em passeios com a família ou excursões com a freguesia. Rita, Sónia, Teresa, Conceição e Miguel dão passeios regulares e apenas Carolina e José não o fazem por se encontrarem acamados e Guida e Rodrigo por terem os cônjuges acamados. Carolina lamenta o facto de não poder viajar referindo que *“a minha paixão era fazer um cruzeiro, mas nunca o fiz. Agora era capaz de o poder fazer, por um lado, mas por outro encalhou o barco, não posso”*.

Constatamos que os idosos que fazem parte do grupo que tem por hábito questionar o profissional de saúde fazem parte, ou já fizeram, de algum movimento associativo (Alice, Camilo, Isabel, Luís, Guida de Gualtar e Eduardo, Eva, Samuel de Godinhaços). António, Carolina, Conceição e José, embora questionem o profissional de saúde com regularidade, afirmam nunca ter pertencido a nenhum movimento associativo. Dos idosos que não questionam habitualmente o profissional de saúde, apenas três pertencem ou pertenceram a algum movimento associativo (Eduardo, Eva e Samuel). Os restantes idosos inseridos neste grupo (Rita, Sónia, Teresa, Miguel e Rodrigo) nunca pertenceram a nenhum movimento associativo.

Sequeira & Silva (2002) demonstraram que a participação ativa em atividades sociais se reflete no bem-estar dos idosos. Estamos, assim, perante quinze idosos que regularmente saem de casa quer passeando com os filhos (Alice, Isabel, Luís, Miguel de Gualtar e Rita, Sónia, Teresa de Godinhaços), quer com a Junta de Freguesia (Miguel de Gualtar e Eva, Samuel de Godinhaços), com amigos (Conceição de Gualtar, Eduardo de Godinhaços), com o cônjuge (Camilo, Conceição de Gualtar, Céu de Godinhaços) ou sozinhos (Alice, Luís de Gualtar, António, Céu, Deolinda, Eva, Glória, Samuel, Sónia de Godinhaços).

Os locais de eleição para passear são, na sua maioria, o Norte do país, privilegiando-se os santuários religiosos como S. Bento da Porta Aberta (Terras de Bouro), Santuário do Alívio (Vila Verde) e do Sameiro (Braga). Santuário de Fátima (Leiria) e de S. Tiago de Compostela (Compostela - Espanha) também são procurados. No Norte, visita-se essencialmente o Alto Minho e as casas de folclore e diversão minhota como a Malafaia e o Santinho. No Centro do país, visitam-se algumas cidades como Fátima e Viseu e, no Sul, as praias.

Rosa Martins (1999) e Joffre Dumazedier (1994) referem que os idosos não dispensam muito tempo com atividades que impliquem esforço financeiro ou grandes deslocações devido ao baixo poder de compra. Rosa Martins (1999) afirma que os idosos não têm o hábito de viajar e, efetivamente,

constatamos que apesar dos idosos participarem com frequência em excursões ou passeios familiares, apenas Alice e Camilo viajam com assiduidade para o estrangeiro ou pelo país.

Em 2013, 69,9% dos portugueses com mais de 65 anos não fizeram turismo invocando motivos económicos (62,3%), de não interesse (58,5%) e de saúde (56,7%), para não viajarem (Eurostat, 2014). Tal situação pode ser explicada pela crise financeira que atravessa a Europa, mas também pelo decréscimo da população jovem e aumento da população mais velha.

Estudos recentes da Eurostat (2021) demonstram que até 2019 (antes da pandemia Covid 19), o turismo representava uma importante atividade económica sendo que 66,3% dos turistas seniores (mais de 65 anos) realizaram viagens mais longas, nomeadamente, as denominadas viagens domésticas (dentro do mesmo país) e para casas secundárias, optando por estadias em época baixa (57% nos meses de março a junho e/ou de setembro a novembro). O setor turístico europeu e português começa a dar sinais de recuperação, mas é necessário que todos os intervenientes tomem medidas proativas para recuperar o setor: aposta na competitividade, inovar na colaboração intersectorial e dentro do setor, promover novas formas de pensar o turismo (Santo *et al*, 2021). Fundamental é que as empresas/ instituições que operam nesta área continuem a apostar/ valorizar o turismo sénior pois, se por um lado os idosos dispõem de tempo livre, por outro lado, o turismo sénior pode contribuir para a qualidade de vida dos mais velhos, no entanto, é necessário que o governo adote medidas estratégicas de inclusão e participação de todos os idosos (Parreira, Moutinho e Pestana, 2020).

Portugal tem, ao dispor daqueles que têm mais de 65 anos, três ofertas de turismo: (1) turismo sénior<sup>43</sup>, (2) Saúde e Termalismo Sénior<sup>44</sup>, (3) Programa de Turismo Social das Misericórdias<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> É um programa de férias lúdico-culturais com a duração de sete dias e sete noites da Inatel.

Tem como objetivos:

- Melhorar a QdV e o bem-estar da população com 60 ou mais anos de idade;
- Estimular a interação social, enquanto fator de combate à solidão e exclusão;
- Possibilitar à população sénior com menores recursos financeiros o usufruto de períodos de férias e lazer;
- Incentivar esta população à prática de turismo;
- Dinamizar a atividade económica e cultural das regiões onde o Programa é desenvolvido

<sup>44</sup> É um programa de férias e lazer da Inatel com atividades culturais e turísticas que oferece a participação em tratamentos termais em instâncias nacionais.

Objetivos deste programa:

- Melhorar a qualidade e o bem-estar da população nomeadamente através da realização de tratamentos termais, como estímulo à interação social e enquanto fator de combate à solidão e exclusão social;
- Possibilitar à população sénior com menores recursos financeiros, o usufruto de períodos de férias e lazer;
- Incentivar a utilização de estâncias termais, promovendo a realização de tratamentos durante as férias;
- Dinamizar e potenciar a atividade económica das regiões abrangidas pelo programa;
- Dinamizar a atividade cultural e turística.

<sup>45</sup> É um programa desenvolvido através da estrutura nacional Turicórdia que promove o turismo social com vista à promoção do lazer como instrumento de cidadania e dignidade humana.

É de referir que dos idosos entrevistados apenas três têm carta de condução e automóvel próprio. Não ter transporte próprio não parece ser impeditivo de sair de casa nem sinal de isolamento. Apenas os idosos acamados ou com cônjuges acamados não saem frequentemente de casa, todos os outros fazem-no regularmente quer para ir à farmácia, à eucaristia, às compras ou dar umas voltas. A Céu, a Teresa, a Deolinda e a Glória não vão regularmente à cidade pois essa tarefa cabe aos maridos ou à filha no caso da Teresa que é viúva e vive com a filha.

O autocarro em Gualtar, e a camioneta em Godinhaços, é o transporte mais utilizado pelos idosos para deslocações mais longas embora grande parte deles refira que os filhos têm transporte próprio e que este está à sua disposição.

Além das atividades de lazer recreativas e sociais, os idosos também se dedicam a atividades ocupacionais, culturais e artesanais. Alice e Luís (Gualtar), Eduardo e Glória (Godinhaços) cuidam dos seus jardins. Guida, Luís e Alice valorizam atividades culturais como ler, fazer palavras cruzadas e sudokus. As atividades artesanais, labores e pintura, são realizadas por Sónia e Rita (Godinhaços) e por Camilo (Gualtar). Estamos assim perante o que Elísio Estanque (1995) denominou de lazeres especializados de acordo com o status de cada idoso. Enfim, a trajetória social reflete as condições de existência e os estilos de vida. Relacionando cultura e estilos de vida podemos caracterizar o estilo de vida das diversas classes culturais (Bourdieu, 2003).

Constatamos que são os idosos que se inserem no grupo dos que habitualmente questionam o profissional de saúde que mais afirmam participar em atividades ocupacionais, culturais e artesanais.

Na opinião de Rosa Martins (1999), os meios urbanos oferecem atividades de lazer mais diversificadas que os meios rurais, como a ida a museus, a exposições e ao cinema, contudo, a participação dos idosos ainda é insignificativa, tal como constatamos com o presente estudo, visto nenhum idoso (especialmente os de Gualtar) aludir ter participado neste tipo de atividades.

Segundo Joffre Dumazedier, as atividades de lazer, enquanto produto social, contribuem para a saúde do idoso e para a sua inserção social. O autor considera que o tempo livre do reformado “é um conjunto de intervalos entre trabalhos familiares domésticos e não-domésticos que desaparecem e

---

Tem como objetivos:

- Desenvolver uma Rede de Turismo Social com as Misericórdias Portuguesas;
- Promover o Envelhecimento Ativo nas Misericórdias Portuguesas e na própria comunidade local;
- Realizar ações de informação e aconselhamento às Misericórdias que pretendam conhecer o projeto e integrar a Rede de Turismo Social;
- Prestar apoio técnico às Misericórdias na elaboração de programas turísticos à medida;
- Divulgar e promover o património móvel, imóvel e sacro das Misericórdias vocacionado para a atividade turística.

retornam sem cessar” (1994: 141). O trabalho profissional não retorna e os tempos obrigatórios, como os trabalhos domésticos mantêm-se.

Onze idosos, seis dos quais de Godinhaços (António, Céu, Deolinda, Eva, Glória e Rita; Alice, Carolina, Conceição, Luís e Miguel de Gualtar), dedicam-se a atividades domésticas. A maioria das atividades domésticas são realizadas pelos próprios com exceção de José, acamado, e dos homens Camilo, Eduardo, Samuel e Rodrigo pois, como refere Camilo “*não tenho vocação para isso*”. Os filhos apresentam-se como o suporte social dos pais, realizando, em exclusivo, as atividades domésticas (Isabel e José de Gualtar, Teresa de Godinhaços) ou partilhando com eles essas mesmas atividades (Conceição, Luís, Miguel de Gualtar, Sónia de Godinhaços). As tarefas domésticas também são realizadas por empregadas domésticas (Camilo e Guida de Gualtar), pela esposa (Eduardo e Samuel de Godinhaços) e pela nora (Carolina, Rodrigo de Gualtar, Rita de Godinhaços). É de salientar que Carolina, apesar de estar fisicamente limitada e de não se deslocar, ainda realiza atividades domésticas como aspirar ou arrumar a mesa do pequeno-almoço e do almoço<sup>46</sup>.

Dos doze idosos que habitualmente questionam o profissional de saúde, metade dedica-se a atividades domésticas ou partilha-as com os familiares (Alice, Carolina, Conceição, Luís de Gualtar, António, Eva de Godinhaços), os restantes idosos não realizam qualquer atividade doméstica. Todos os oito idosos pertencentes ao grupo que não questiona o profissional de saúde realizam atividades domésticas (sozinhos ou auxiliados) com exceção da Teresa (Godinhaços) e do Rodrigo (Gualtar).

A literatura sugere que os indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados são mais frequentadores de atividades de lazer na medida em que a escolaridade os torna detentores de maiores capacidades na tomada de decisão e de competências sociais e de motivação para a prática de atividades de lazer. Além disso, são mais capazes de lidar com a discriminação (Qualls & Abeles, 2000). Na presente investigação, não estabelecemos esta associação ao constatar que idosos com escolaridade reduzida estão motivados para a prática do lazer tendo estado inseridos, ou ainda estando, em alguma atividade (Céu, Deolinda, Eduardo, Eva, Glória e Samuel de Godinhaços, Alice, Camilo, Guida, Isabel e Luís de Gualtar). No entanto, atualmente, são os idosos que apresentam maior escolaridade os que ainda pertencem a movimentos associativos (Eduardo, Alice, Camilo e Luís) embora Céu, Deolinda, Isabel, detentoras de baixa escolaridade, também estejam ligadas a alguma associação.

---

<sup>46</sup> Aspira sentada até onde conseguir levar o aspirador; arrumar a mesa significa para Carolina limpar os pratos dos restos alimentares e juntá-los numa pilha, juntar os talheres e os copos, apanhar as migalhas da mesa com um aparelho próprio e, depois do marido colocar a louça na banca dobra a toalha da mesa. Tudo isto é realizado enquanto está sentada.

As atividades agropecuárias são outra das ocupações de onze idosos e, na opinião de Rosa Martins (1999), estas práticas impossibilitam o idoso de se dedicar a outras formas de lazer por não se poderem ausentar por períodos longos das terras e dos animais devido aos cuidados que estes necessitam. As conclusões do estudo não confirmam este resultado na medida em que seis idosos de Godinhaços pertencem/pertenceram a alguma associação/movimento/grupo e, por outro lado, todos eles saem regularmente de casa para fazer compras ou pagamentos e ir ao profissional de saúde, para passear e viajar ou simplesmente para conviver com vizinhos.

Por ser uma freguesia rural, os habitantes de Godinhaços ainda se dedicam, na sua maioria, a trabalhar as terras. São onze os idosos que trabalham no campo (todos os idosos de Godinhaços exceto o Eduardo e Rodrigo de Gualtar que têm uma horta) e seis (António, Céu, Deolinda, Eva, Sónia e Teresa de Godinhaços) os que tratam dos animais (vacas, porcos, galinhas e coelhos).

Destes onze idosos que se dedicam a atividades agropecuárias cinco pertencem ao grupo dos que têm por hábito questionar o profissional de saúde (Isabel, Luís de Gualtar, António, Eva, Samuel de Godinhaços) e seis pertencem ao grupo que não questiona regularmente (Rodrigo de Gualtar, Céu, Deolinda, Rita, Sónia, Teresa de Godinhaços).

As atividades religiosas também ocupam parte do tempo dos idosos. Sete idosos de Gualtar (Camilo, Carolina, Conceição, Guida, José, Luís, Rodrigo) e cinco de Godinhaços (Deolinda, Eva, Glória, Rita, Samuel) rezam regularmente durante o dia e à noite. Apesar de nem todos os idosos se referirem às orações que proferem, é evidente o envolvimento religioso na frequência da igreja e na pertença a movimentos e associações religiosos. Dos doze idosos que referem rezar frequentemente apenas quatro não pertencem ao grupo dos que questionam habitualmente o profissional de saúde (Rodrigo de Gualtar, Deolinda, Glória, Rita de Godinhaços).

A religião reflete-se positivamente na saúde dos idosos (Koenig, McCullough e Larson, 2001) e contribui para a adesão de estilos de vida saudáveis ao nortear práticas alimentares e higiénicas. Além disso, funciona como suporte social ao dar uma visão otimista da vida que se reflete no bem-estar do idoso (Cohen & Koenig, 2003).

A religião e a espiritualidade repercutem-se favoravelmente na saúde dos idosos ao inseri-los na comunidade evitando o abandono social. Por outro lado, a religião e a espiritualidade, atribuem sentido à vida e à morte (Cohen & Koenig, 2003).

A importância da religião parece aumentar com a idade (Cohen & Koenig, 2003, Ellison, 1991) e a satisfação com a vida com a crença religiosa (Hunsberger, 1985, Koenig *et al*, 1988) e com a frequência da igreja (Inglehart, 1991).

Os idosos apresentam atitudes positivas face à religião, frequentam a igreja demonstrando satisfação perante a vida o que nos permite concluir que a religião contribui para o bem-estar dos idosos.

Os idosos também dedicam parte do dia ao repouso. Nove idosos (Alice, Conceição, Luís, Rodrigo de Gualtar, António, Rita, Samuel, Sónia, Teresa de Godinhaços) referem que depois da realização de algumas tarefas descansam. António diz que “*de dia descanso um bocado*”.

As atividades familiares são outra forma de ocupação do tempo de cinco idosos, quatro deles de Gualtar, que tratam dos cônjuges, fazendo-lhes companhia (Conceição e Rodrigo), escolhem a roupa que eles vestem (Deolinda), cozinham (Miguel) e tratam deles fisicamente (Conceição, Deolinda, Guida). Deolinda demonstra preocupação com o aspeto físico do marido afirmando que “*os homens, não é para estar a dizer mal deles, mas eles descuidam-se muito e a vergonha é da mulher*”. Já Guida pede “*Nosso Senhor que me dê forças para ir tratando dele [marido]*”.

Cinco idosos (Deolinda, Glória e Teresa de Godinhaços, Guida e Rodrigo de Gualtar) também ocupam o seu tempo a “*zicar*”<sup>47</sup> dum lado para o outro, isto é, a realizar pequenas tarefas. Guida diz “*ando todo o dia a correr e estou sempre no mesmo sítio, estou como o carrapato na lama! (risos)*”.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que os idosos de Godinhaços são mais ativos socialmente (se atendermos aos movimentos a que pertencem e já pertenceram) e são os que mais saídas de casa fazem na localidade e na cidade e os que mais convivem com familiares e vizinhos, talvez por ainda se dedicarem às atividades agropecuárias (9 idosos) e por não estarem acamados nem terem cônjuges nessa situação. No entanto, são os idosos de Gualtar, aparentemente menos saudáveis (se atendermos ao número de doenças que afirmam ter e à medicação que tomam), os que mais visitam Portugal e o estrangeiro. Não possuir transporte próprio não é assim impeditivo de sair de casa. As redes de apoio dos idosos de ambas as freguesias são, como vimos anteriormente, constituídas essencialmente pela família, mas também pelos amigos e são fundamentais na vida de quase todos os idosos. Estas redes têm-se revelado fundamentais para a saúde dos idosos (Ramos, 2002) e para a QdV dos idosos (Bowling, 2005).

Sem dúvida que, as formas de lazer escolhidas por cada um dos idosos incrementam os relacionamentos sociais evitando situações de solidão e isolamento e, além disso, contribuem para a QdV e bem-estar de cada um (Novo, 2000, Sequeira & Silva, 2002).

---

<sup>47</sup> É uma expressão popular, utilizada no norte do país, que significa andar dum lado para o outro, não estar parado.

Os idosos interagem ativamente o que se reflete em resultados positivos na saúde e numa maior satisfação de vida, com autoestima, maior integração social e, conseqüentemente melhor QdV (Sequeira & Silva, 2002).

## Capítulo IX – Influência da Comunicação na QdV dos idosos

A importância da comunicação na saúde tem sido alvo de estudo nas últimas décadas. A comunicação com o profissional de saúde tem efeito sobre a saúde do utente, podendo influenciar positivamente os resultados de saúde (Simpson *et al.*, 1991). Quando a comunicação é eficaz e suficiente, isto é, adaptada ao nível educacional, cultural e às capacidades de cada um, estamos perante utentes mais satisfeitos e que aderem aos cuidados de saúde.

Sendo aceite que a comunicação com o profissional de saúde tem impacto significativo na saúde dos indivíduos, debruçamo-nos sobre esse impacto do ponto de vista da experiência subjetiva do idoso, que envolve emoções e sentimentos.

Sendo impossível não comunicar, o profissional de saúde, médico e enfermeiro, devem ter consciência que a comunicação estabelecida pode exercer uma influência positiva ou nefasta na vida do idoso o que se repercutirá na qualidade de vida deste.

O profissional de saúde, para melhor compreender os seus utentes, deve entender a natureza humana e não ser apenas detentor de conhecimentos científicos e habilidades técnicas. Além disso, o utente deve ser percecionado como um todo, isto é, como um corpo com sentimentos, angústias e emoções e não apenas como um conjunto de sintomas e órgãos lesados. Neste contexto, a comunicação estabelecida entre ambos é um dos fatores que, indiretamente, promove a qualidade de vida do idoso.

Selecionamos variáveis mediadoras para analisarmos se a comunicação com o médico e o enfermeiro interfere com a qualidade de vida dos utentes. A variável mediadora explica a relação entre um preditor e o seu resultado, por outras palavras, é o mecanismo que permite que o preditor produza determinado efeito (Baron & Kenny, 1986, Frazier, Tix & Barron, 2004).

As variáveis mediadoras selecionadas podem influenciar o estado de saúde e bem-estar do idoso atuando como fatores integrativos do indivíduo na sociedade e na proteção do declínio cognitivo ao ajudar o idoso a manter-se autónomo num contexto sociocultural. Optamos pelas seguintes variáveis mediadoras: a relação de confiança profissional de saúde - utente, a conversação do médico e do enfermeiro, a acessibilidade discursiva do médico e do enfermeiro, a explicação que o idoso dá, a importância atribuída ao médico em ouvir/compreender o doente, a explicação do médico e do enfermeiro, a importância do idoso explicar/falar com o profissional de saúde, o idoso expressa-se em linguagem que o médico entenda, médico informa/questiona o doente, idoso ouve/compreende o profissional de saúde, enfermeiro ouve/compreende o doente.

Da análise das variáveis mediadoras alusivas à comunicação com o profissional de saúde que nos vão permitir aferir, de forma indireta, a qualidade de vida dos idosos, concluímos que, no grupo dos idosos que habitualmente não questiona o profissional de saúde (8 idosos) a comunicação profissional de saúde - utente é insuficiente devido à atitude passiva que os idosos assumem no processo comunicativo. Esta passividade na comunicação deve-se por um lado, à iliteracia em saúde e, por outro lado, à irrelevância dada à informação médica própria dos relacionamentos paternalistas que se afiguram como os ideais. Inversamente apuramos que, no grupo dos idosos que frequentemente questiona o profissional de saúde (10 idosos) a comunicação é suficiente e os idosos assumem uma atitude ativa no processo comunicativo com o profissional de saúde.

Ambos os grupos realçam, no relacionamento comunicativo, o papel do médico face ao enfermeiro, o que demonstra a maior influência no idoso deste profissional de saúde. Susana Duarte (2002) e Pio Abreu (1998) consideram que a palavra do médico é socialmente importante.

Independentemente da comunicação estabelecida com o profissional de saúde, os idosos de ambos os grupos consideram ter, tal como referimos no capítulo VIII, uma relação de confiança quer com o médico quer com o enfermeiro (20 idosos). Além disso, assumem estar perante médicos conversadores (19 idosos) e detentores de uma linguagem discursiva acessível (18 idosos) e de enfermeiros conversadores (18 idosos).

Os idosos consideram que o profissional de saúde é conversador quando mantém conversações não só sobre questões de saúde e doença, mas também sobre a vida familiar e pessoal de cada um. A propósito do médico conversador, Rita afirma que o médico de família *“falava um pedaço, ai falar, falava, falava muito com a gente! Não me ouvia o coração, mas falar, falava...”*. Camilo refere também que com a antiga médica de família *“(...) estava uma hora, às vezes, porque dada a amizade que existia entre nós, não era só o aspeto médico, mas também o diálogo de assuntos pessoais das nossas experiências e vivências, mas ela era assim com todos os doentes”*. Em relação aos enfermeiros conversadores, expressões como *“elas conversam bem sobre mim”* (Samuel) ou *“(...) são mais disponíveis, conversam, têm mais tempo”* (Luís) são alusivas a esta capacidade comunicativa atribuída aos enfermeiros.

Catorze idosos (9 deles do grupo que questiona com frequência o profissional de saúde) afirmam explicar ao profissional de saúde o que sentem. José afirma *“digo-lhe [médica de família] como ando”*. Destes catorze idosos, nove deles realçam a importância da explicação que dão ao profissional de saúde – *“O importante é nós sabermos explicar bem o que temos, o que sentimos, não é dizer mentiras!”* (Deolinda).

A maior parte dos idosos (12, 7 deles do grupo que frequentemente questiona os profissionais) considera importante o médico ouvir e compreender o utente. Luís diz que *“se o médico não me ouvir ele não vai adivinhar aquilo que eu tenho, ele tem que me ouvir e questionar (...)”*. Céu, Deolinda, Glória, Rodrigo e Teresa, pertencentes ao grupo que não tem por hábito questionar, realçam o interesse deste profissional ouvir e compreender o utente. Glória afirma *“quero é que ele [médico] me ouça em consciência e que saiba o que fazer”*. Rodrigo afirma ser necessário este profissional de saúde *“ver para lá das doenças, entenderem-nos, preocuparem-se com o que sentimos”*. Eva refere que o médico *“têm que perceber tudo o que dizemos, ai tem, senão já viu o que pode acontecer?”*. Alice vai mais longe e afirma *“nunca me aconteceu eu explicar alguma coisa e o médico não entender o que eu disse, nunca me apercebi”*.

Doze idosos (7 deles pertencentes ao grupo que habitualmente não questiona o profissional de saúde) consideram haver acessibilidade discursiva por parte dos enfermeiros. Verificamos que, apesar de acharem o enfermeiro conversador (18 idosos), apenas doze idosos consideram que este profissional detém um discurso acessível. Miguel considera que os enfermeiros *“têm uma maneira muito simples e direta de falar”*.

É interessante que os idosos de ambos os grupos distingam o médico/enfermeiro conversador do médico/enfermeiro que dá explicações. Doze idosos, maioritariamente pertencentes ao grupo dos que questionam frequentemente (9), referem que o médico explica e dez idosos, na sua maioria deste grupo (8), consideram que o enfermeiro explica. Do grupo dos idosos que habitualmente não questionam, apenas três consideram que o médico explica e dois o enfermeiro.

Em relação às explicações médicas, Deolinda afirma que o médico *“[doutor da anca] disse que quando eu tivesse muitas dores pra tomar um medicamento de longe a longe, porque não fazem bem. Era bem melhor tratar do que operar, porque às vezes há organismos que não aceitam a operação”*. Referindo-se à médica de família, Conceição afirma *“é muito boa médica, explica-me tudo”* e Eva certifica dizendo que *“ele [médico de família] explica tudo. Se tiver o sangue gordo diz que tenho que reduzir certas gorduras, a carne de porco”*.

No que se refere às explicações de enfermagem, Guida diz *“quando temos a tensão alta são eles [enfermeiros] que nos alertam sobre o que fazer, o que tomar”*. Isabel considera que estes profissionais *“dão bons conselhos, o que devo comer, veem-me a tensão...”*.

Já referimos que os idosos, na sua maioria pertencentes ao grupo que habitualmente questiona, têm o hábito de explicar ao profissional de saúde o que têm e, inclusive, realçam a importância das explicações que dão sobre saúde e doença, mas, além disso, realçam a necessidade de se

expressarem utilizando uma linguagem que o médico entenda (7 idosos, 5 deles pertencentes ao grupo que questiona). Teresa declara *“eu falo de tudo, digo-lhe muito explicado o que tenho, até repito. Se ele não me entender que pergunte que eu repito. (...) Eu, por Deus, tenho tido sorte, temos falado bem português, entendemo-nos bem!”*. Luis refere *“eu tenho que ser bastante prático e usar uma linguagem pobre e aberta que ele [médico] tem que me entender (...)”*.

Os idosos realçam também a importância de o médico informar e questionar o doente (8 idosos). Não é estranheza afirmar que estes idosos pertencem, na sua maioria (5) ao grupo que questiona. Deolinda diz *“(...) a gente queixa-se e eles escutam, perguntam como estamos”*.

A capacidade de o idoso ouvir e compreender o profissional de saúde também é destacada pelos idosos (5 idosos). Dois idosos pertencentes ao grupo que habitualmente não questiona o profissional de saúde, Deolinda e Teresa, realçam esta preocupação. Deolinda diz que *“(...) a gente tem que estar atenta ao que eles dizem, perguntar quando tem dúvidas”*. Teresa afiança *“ela [médica de família] fala e eu topo tudo”*.

Três idosos, dois deles pertencentes ao grupo que questiona, referem ser relevante o enfermeiro ouvir e compreender o utente. Sónia refere *“um bom enfermeiro é uma pessoa amável, compreensível e compreendedora de tudo. (...) Um bom enfermeiro deve dedicar-se aos doentes e compreender o que dizem”*.

Encontramos algumas diferenças na comunicação estabelecida por estes dois grupos com médicos e enfermeiros. De realçar que a comunicação com pessoas mais velhas é mais complicada atendendo à idade e ao processo de senescência que pode implicar perda sensorial e de memória, o processamento mais lento de informação e a separação da família e amigos.

Os idosos que não questionam frequentemente o profissional de saúde realçam o poder do médico, valorizando a conversação que este estabelece, atribuindo-lhe um papel ativo no processo comunicativo ao salientarem a necessidade de o médico ouvir e compreender, mas também de informar e questionar o utente. Por outro lado, os idosos reservam para si próprios um papel passivo no processo comunicativo ao acharem que apenas têm que relatar sintomas e queixas, explicando apenas o que têm e sentem. Este tipo de comunicação estabelecida resulta da iliteracia destes idosos aliada a uma não necessidade de obter informação sobre o seu estado de saúde decorrente do meio social e cultural em que se inserem, o que se traduz numa relação com o profissional de saúde em que se valorizam aspetos paternalistas.

Em contrapartida, o grupo que questiona com frequência estabelece com o profissional de saúde uma relação comunicativa mais eficaz ao realçar o papel do médico e do enfermeiro e deles próprios neste

processo. Deste modo, consideram importante o profissional de saúde conversar e explicar ao utente, informando e questionando-o usando um discurso acessível. A diferença é que estes idosos atribuem, a eles próprios, um papel ativo em todo o processo comunicativo ao considerarem ser importante questionar o profissional de saúde e expressarem-se numa linguagem que estes profissionais entendam. Estes idosos estão inteirados sobre o seu estado de saúde pois questionam frequentemente o profissional de saúde, contrariamente aos idosos pertencentes ao outro grupo que não se preocupam em saber, mas que acabam por estar informados sobre o seu estado de saúde porque estão perante profissionais que valorizam a informação e a explicação dada ao utente.

O médico José Nunes (2010: 176), defende que “os médicos podem influenciar os resultados da sua intervenção terapêutica nos doentes, não só pelos procedimentos de cuidados médicos, mas também através da modelagem dos sentimentos dos doentes acerca da doença e da sua capacidade de controlar e conter o impacto nas suas vidas”.

Partindo deste pensamento, pretendemos, através das variáveis mediadoras, verificar se a comunicação com o profissional de saúde interfere na qualidade de vida do idoso. Sendo a variável mediadora uma condição necessária para que ocorra um efeito, vejamos quais os efeitos da comunicação do profissional de saúde na qualidade de vida dos idosos pertencentes ao grupo que habitualmente não questiona o profissional de saúde e ao que tem por hábito questionar estes profissionais.

Selecionamos como dimensões da qualidade de vida dos idosos o cuidado com o corpo na alimentação e na medicação, a postura face à doença e a postura face à vida, os contactos sociais, as ocupações diárias, as redes de apoio e o exercício físico.

Já referimos que o poder que os idosos atribuem ao médico e ao enfermeiro é diferente sendo assim distinta a influência destes profissionais. Os idosos valorizam mais a comunicação com o médico e embora se apoiem no enfermeiro, a última palavra é sempre do médico – Luís refere “(...) *dúvidas tiro com a médica, é ponto assente, mas converso mais com a enfermeira*”.

A influência do médico e do enfermeiro é diferente. Enquanto o médico influencia o idoso de ambos os grupos em todas as dimensões, a persuasão do enfermeiro ocorre com mais frequência no grupo que habitualmente questiona.

Os idosos que pertencem ao grupo que habitualmente questiona o profissional de saúde são os que mais cumprem as disposições dos enfermeiros e, como tal, valorizam os conselhos deste profissional (11 idosos) e seguem as suas indicações (doze idosos) quanto à medicação (7 idosos) e à alimentação (5 idosos). Quanto à gestão da medicação, Samuel afirma que os enfermeiros “*mandam-me tomar a*

*medicação certinha*". No que se refere à alimentação Eva afirma que a enfermeira "(...) diz que tenho que abater, que tenho que comer mais vezes e pouco". Onze idosos consideram que os enfermeiros dão bons conselhos - "(...) por vezes fazem com que evitemos os médicos porque nos aconselham o que devemos fazer" (Guida).

A influência do enfermeiro no grupo que não tem por hábito questionar é reduzida. Nenhum idoso salienta o papel deste profissional face à medicação e apenas Glória e Teresa fazem referência à influência do enfermeiro na alimentação - "[a enfermeira] diz-me o que comer" (Glória). Em relação ao exercício físico, somente Céu refere que os enfermeiros "*mandaram-me andar*".

A palavra do médico funciona como um fármaco. José Nunes (2010) na obra *Comunicação em Contexto Clínico*, faz referência ao fármaco médico e às repercussões deste fármaco no paciente. Já em 1955, Michael Balint (1998) referia-se à importância da relação médico-paciente considerando que o médico era a droga mais eficaz na prática médica. Parece ser evidente que a comunicação com o médico influencia a saúde do idoso no que respeita ao cumprimento da prescrição médica medicamentosa e alimentar.

Enfim, podemos afirmar que a palavra do médico influencia mais o doente do que a palavra do enfermeiro no que se refere à medicação e à alimentação. Por outro lado, não estabelecemos qualquer diferença nos comportamentos dos idosos face à medicação e à alimentação atendendo à comunicação estabelecida pelos dois grupos o que nos leva a concluir que os idosos são influenciados pelo médico independentemente da forma como comunicam. De realçar que, todos os idosos consideram que, da relação comunicativa com médicos e enfermeiros sobressai a confiança e, além disso, os idosos que habitualmente não questionam consideram estar perante profissionais de saúde comunicativos: oito idosos consideram que o médico conversa e sete idosos que o enfermeiro o faz; dois idosos referem que o médico e o enfermeiro explicam. O facto de os idosos considerarem estar perante profissionais de saúde comunicativos influencia os comportamentos e posturas que adotam.

A postura dos idosos face à doença também é influenciada pela comunicação estabelecida com o profissional de saúde. Assim, o grupo dos idosos que habitualmente não questiona o profissional de saúde apresenta uma postura de despreocupação face à doença. Dos oito idosos que compõem este grupo, sete assumem esta postura - "*eu poucas vezes lá vou*" (Teresa). Dos doze idosos que compõem o outro grupo, cinco deles assumem esta postura - "*Eu vou ver o que ela [médica] me vai dizer e depois alinho se quiser*" (Guida).

Esta postura de despreocupação face à doença, evidente no grupo que não tem por hábito questionar o profissional de saúde, é acompanhada dum postura de desânimo perante a vida (4 idosos). Céu

afirma “*eu já não presto para nada*”. Do grupo que habitualmente questiona apenas dois idosos assumem esta visão, José e Carolina que não saem de casa (a não ser para ir a consultas médicas) por terem muitas dificuldades de locomoção – “*Deus me ajude, mas não estou assim muito animada*” (Carolina).

Deste modo, os idosos pertencentes ao grupo que habitualmente não questiona o profissional de saúde são mais despreocupados face à doença e assumem uma postura de desânimo perante a vida.

É de realçar que, em relação aos contactos sociais, os idosos de ambos os grupos são mais visitados do que visitam. Dos idosos que habitualmente não questionam, seis referem ser visitados e cinco afirmam visitar e, os idosos que questionam, nove são visitados e seis visitam. Além disso, sete idosos, quatro deles pertencentes ao grupo que não costuma questionar, passeiam regularmente com os filhos, seis (três de cada grupo) participam em excursões organizadas pela Junta de Freguesia, e quatro idosos pertencentes ao grupo que questiona passeia regularmente com amigos e, dois deles fazem passeios no estrangeiro. Cinco dos idosos do grupo que questiona pertence atualmente a um ou vários movimentos associativos/grupos e três deles já pertenceram sendo que, quatro deles nunca se integraram em nenhum tipo de movimento/grupo. Em relação ao grupo que habitualmente não questiona apenas dois elementos pertencem a um movimento associativo/grupo, um já pertenceu e cinco nunca pertenceram.

Os idosos entrevistados saem regularmente de casa e têm diversas ocupações familiares o que demonstra que mantêm contactos sociais diversificados. Em relação à saída de casa, o grupo que não questiona faz referência à ida ao centro de saúde (7 idosos), ao campo (6 idosos), à missa (5 idosos) e às compras (3 idosos). O grupo que habitualmente questiona também tem saídas regulares para o centro de saúde (10 idosos), para a missa e para a farmácia (7 idoso), para o jardim/ quintal (6 idosos) e para as compras (4 idosos). Quanto às ocupações familiares, ambos os grupos de idosos dedicam tempo às tarefas domésticas (limpeza da casa, cozinhar e tratar da roupa), com exceção de alguns dos idosos masculinos. No grupo que não tem por hábito questionar, sete idosos dedicam-se a estas tarefas e no grupo que questiona, oito idosos dedicam-se a estas tarefas.

Concluimos assim que, em relação aos contactos sociais estabelecidos, os idosos pertencentes a ambos os grupos saem regularmente de casa e são mais visitados do que visitam. No entanto, os idosos inseridos no grupo que costuma questionar passeiam mais sozinhos (7 idosos), com amigos (4 idosos) e no estrangeiro (2 idosos). E, além disso, estes idosos estão ou já estiveram, na sua maioria, inseridos em movimentos associativos/grupos.

Quanto às ocupações diárias, o grupo que habitualmente não questiona dedica-se essencialmente às atividades agropecuárias (8 idosos), nomeadamente ao trabalho agrícola (7 idosos) e a tratar dos animais (4 idosos). As tarefas domésticas, realizadas pelo próprio ou partilhadas (7 idosos) também fazem parte do quotidiano dos idosos, tal como já referimos anteriormente. Os idosos também ocupam o seu dia a dia com atividades recreativas, nomeadamente a ver televisão (5 idosos) e a ouvir rádio (2 idosos). As atividades religiosas também fazem parte do dia a dia do idoso (6 idosos). Às atividades de lazer, nomeadamente os passeios com os filhos (4 idosos), os idosos contrapõem o descanso diário (4 idosos) e o “zicar” (4 idosos).

O grupo que tem por hábito questionar tem ocupações diárias diferentes do grupo anterior o que, uma vez mais, pode ser explicado pela especificidade dos elementos que compõem o grupo, nomeadamente o facto de pertencerem, quase todos, a Gualtar, uma freguesia urbana. Assim, os idosos pertencentes a este grupo dedicam o seu dia a atividades recreativas, ver televisão (12 idosos), a ouvir rádio (3 idosos) e a utilizar o computador (2 idosos). As atividades de lazer também fazem parte do dia a dia destes idosos através da pertença a movimentos associativos (5 idosos). Os idosos dedicam também parte do seu dia a dia às atividades religiosas (8 idosos), às atividades domésticas (8 idosos) e simultaneamente ao descanso, “a não fazer nada” (5 idosos). As atividades ocupacionais como o cuidar do jardim/horta ocupa quatro idosos, as atividades culturais como a leitura três idosos e as atividades artesanais como a pintura dois idosos.

Enfim, o modo como o envelhecimento é vivido reflete-se nas ocupações diárias. Enquanto o grupo que habitualmente questiona ocupa o dia com atividades recreativas, de lazer, religiosas, domésticas ou simplesmente a não fazer nada, o grupo que não tem por hábito questionar dedica-se primeiramente a atividades agropecuárias valorizando também as domésticas, recreativas e religiosas. Os idosos deste último grupo parecem ser menos sedentários uma vez que dedicam parte do seu dia a realizar trabalhos agrícolas.

A rede de apoio dos idosos, enquanto indicador de qualidade de vida, é uma importante forma de suporte social. A família é a principal rede de apoio (20 idosos) embora os vizinhos e os amigos também desempenhem uma função de suporte social importante para a maioria dos idosos (14 idosos, 7 de cada um dos grupos). Estas redes funcionam, a maior parte das vezes, como apoio à manutenção da saúde do bem-estar do idoso de acordo com o aconselhamento do profissional de saúde, médico e enfermeiro. Atendendo às particularidades da população idosa, o papel da família e vizinhos é fundamental na medida em que fornece informações, conselhos e orientações aos idosos de forma a poderem lidar de forma adequada com a sua saúde. José afirma *“há medicamentos que não*

*gosto, sabe. Já viu, comprimidos cor-de-rosa? (risos). Tomo-os porque a minha filha me obriga!”.* Miguel, quando tem as tensões alteradas, aconselha-se com a vizinha referindo que *“(…) a vizinha da frente tem uma filha enfermeira e ela sabe, ela sabe como é que as coisas se passam”.*

Sem dúvida que as redes de apoio assumem um papel importante na gestão da saúde e da doença do idoso sendo “a existência de redes sociais um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos” (Paúl, 2005a: 280). No fundo, estas redes de apoio são facilitadoras de comunicação entre o idoso e o profissional de saúde quer no cumprimento das explicações dadas, quer na explicitação das informações.

Médico e enfermeiros incentivam o idoso a fazer exercício, evitando o sedentarismo e mudando comportamentos e estados de espírito (10 idosos, 5 deles pertencentes ao grupo que questiona). Esse exercício aconselhado pelo médico pretende pôr o idoso a “mexer-se” no sentido de não estar parado, sem fazer nada (7 idosos, 4 deles do grupo que habitualmente não questiona) – *“Ando a esvairar lá para fora... o médico manda”.* A alguns idosos este profissional vai mais longe e aconselha a prática de exercício físico através de caminhadas (3 idosos pertencentes ao grupo que questiona) – *“(…) ainda dou um passeiozinho a pé. Pequeno, a conselho do médico”* (Eduardo). Os enfermeiros também aconselham os idosos a realizar caminhadas regulares de forma a prolongar a independência (4 idosos, 3 deles pertencentes ao grupo que questiona) – *“Custa-me a andar da coluna, prende-me as pernas e as enfermeiras mandam-me andar, marcha corrida”* (Samuel).

Concluimos, assim, que o médico, mais do que o enfermeiro, influencia o idoso de ambos os grupos a praticar exercício físico realizando caminhadas e “mexendo-se” de forma a evitar o sedentarismo.

A relação comunicativa estabelecida com o profissional de saúde reflete-se de forma diferente, nas posturas e atitudes dos idosos perante o corpo, a saúde e a doença e, de forma indireta na qualidade de vida de cada um. O grupo dos idosos que habitualmente não questiona o profissional de saúde demonstra ter mais cuidado com o corpo através da medicação (8 idosos), valorizam o papel da rede de apoio familiar (8 idosos) essencialmente na compra de medicamentos (7 idosos) e apresentam uma postura de despreocupação face à doença (8 idosos). O grupo dos idosos que habitualmente questionam também demonstra ter cuidado com a prescrição medicamentosa (12 idosos), valoriza a família enquanto rede de apoio na doença (12 idosos) e a visualização da televisão enquanto atividade recreativa (12 idosos). O cuidado com a alimentação (9 idosos), as visitas que recebem e favorecem os contactos sociais (9 idosos) e as atividades religiosas e domésticas também fazem parte do dia a dia dos idosos (8 idosos). As saídas regulares de casa para visitar e o apoio dos vizinhos (7 idosos) proporcionam uma postura de preocupação perante a doença (10 idosos).

O que é evidente é que, apesar do inevitável processo de envelhecimento que caracteriza os idosos e das consequências deste processo na saúde, os idosos considerarem que *“a gente de velha não vai para nova”* (Rita). A maior parte dos idosos (12 idosos) afirma estar perante médicos e enfermeiros que referem que, apesar da idade *“está tudo bem”*. Samuel afirma que a médica de família *“(...) fala, diz o que está bem, eu não percebo nada daquilo, ela diz não há, não há, não há, tenho que me acreditar, se ela não me proíbe certas coisas é porque estou bem”*. Todavia, todos os idosos com exceção da Carolina, afirmam estar bem de saúde - Expressões como *“a minha saúde por agora está boa”* (António), *“nunca me sinto mal”* (Céu), *“eu ando sempre bem”* (Deolinda), *“eu estou bem”* (José), *“eu não estou doente”* (Rita, Rodrigo, Isabel) comprovam que os idosos se sentem bem, apesar de todos os condicionantes que assumem ter.

Miguel Couto<sup>48</sup> diz que *“não existem doenças, existem doentes...”*. Brian Bird, na obra *Conversando com o doente* (1975), refere que na Medicina, o uso das palavras ainda é a principal técnica de diagnóstico. É evidente que a relevância dada à palavra do profissional de saúde não é recente. A competência comunicativa destes profissionais é tão importante como a competência técnica.

O grande impacto da comunicação médico/enfermeiro no doente é a *capacidade para fazer crer acontecer o que dizem*, não de forma linear, mas pelo efeito que tem nos doentes. Todos os idosos reconhecem esta capacidade performativa no médico e treze (nove deles pertencentes ao grupo que habitualmente questiona) fazem alusão a esta capacidade no enfermeiro. Em relação ao médico, Sónia afirma *“a gente sente esta sabedoria no dia-a-dia ao sentir-se melhor”*. Quanto ao enfermeiro, Rodrigo afirma que estes *“(...) querem saber e dão bons conselhos. Estou sempre com atenção ao que me dizem”*.

Esta capacidade performativa do médico e do enfermeiro influencia a forma do idoso cuidar de si o que se repercutirá na sua qualidade de vida nomeadamente nas escolhas alimentares, na toma adequada de medicação, na escolha de diversas atividades diárias, nas saídas regulares de casa e no convívio e socialização, independentemente das limitações físicas e cognitivas de cada um.

William Isaac Thomas, sociólogo norte-americano, formulou uma preposição que ficou conhecido como o teorema de Thomas que diz que aquilo que as pessoas percebem como real, tem consequências reais nos seus comportamentos. Dito de outro modo, as perceções subjetivas dos idosos sobre o seu estado de saúde/doença, as relações de poder existentes nos relacionamentos com o médico e o enfermeiro, aquilo que percebem e que aceitam acreditar proveniente da comunicação com estes

---

<sup>48</sup> Membro Titular da Academia Nacional de Medicina desde 1886, foi eleito seu Presidente em 1914 e reconduzido ao cargo até seu falecimento em 1934.

profissionais influencia a conduta que adotam no dia a dia. O médico e enfermeiro têm um papel preponderante na formação dessas percepções nos idosos de modo a promoverem a saúde através da transmissão de informação, de conhecimentos técnicos e no reforço de comportamentos saudáveis. Esta capacidade performativa do médico e do enfermeiro não se reflete imediatamente na realidade, mas tem efeito nas atitudes e comportamentos dos idosos. Alice afirma, a este propósito, *“(...) faço tudo direitinho [o que o médico manda] porque acho que eles é que são os entendidos da saúde”*.

O médico é o fármaco mais prescrito, é a primeira “droga” que se administra ao utente (Balint, 1998) logo, a capacidade performativa deste profissional nas diversas facetas da vida do idoso é mais evidente. Luis afirma *“o médico é o meu guia e cumpro com rigor o que me mandam fazer”*.

Guida afirma *“chega-se a uma idade anda-se muito de volta dos médicos”*. Face a esta realidade, todos os idosos reconhecem no médico a capacidade de fazer crer que é possível ficar melhor logo, de acontecer. Camilo afirma *“saber que estou a ser bem medicado e bem acompanhado é meio caminho andado para a minha reabilitação e bem-estar”*.

O médico e o enfermeiro informam, aconselham e curam, pois é-lhes reconhecida sabedoria para tratar. É fundamental ser detentor de competências comunicacionais para estimular a participação do utente e o cumprimento das diversas prescrições médicas (medicamentosas, alimentação, tratamentos, exercício físico, sociabilidades, entre outras) e, de certa forma, fazer com que os idosos assumam como verdadeiro que é possível ficarem melhores e, mesmo não o sendo, tem consequências verdadeiras nas suas vidas. Estes estados de espírito traduzem-se em idosos mais felizes e que assumem ter uma postura de bem-estar perante a doença – *“Sinto-me uma pessoa saudável”* (Camilo), *“eu ainda estou no ativo”* (Guida).

Médicos e enfermeiros são detentores de uma capacidade performativa que lhes permite agir na percepção, nos comportamentos e nas atitudes do idoso. Essa capacidade performativa será mais eficaz quanto maior forem as competências comunicacionais destes profissionais de saúde. Estas competências são essenciais para influenciar o utente a adotar as posturas de saúde mais adequadas. É, assim, fundamental que o profissional de saúde crie empatia com o idoso de modo que este, de acordo com as interpretações subjetivas que faz da situação, se deixe influenciar positivamente por ela. Se o idoso aceitar e acreditar no que o profissional de saúde lhe diz, mais facilmente se deixará influenciar por ele e adotará comportamentos corretos que lhe permitam viver com mais qualidade de vida. O médico e o enfermeiro têm esse poder de influenciar a construção individual que o idoso faz da doença bem como as práticas que este adota o que terá repercussões na sua qualidade de vida e bem-

estar através da alimentação, da medicação, da prática de exercício físico e na postura face à doença e perante a vida. Familiares e vizinhos são apoios importantes na manutenção da saúde e na doença.

## Conclusões

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões, limitações e implicações do estudo para a comunicação em saúde e qualidade de vida dos idosos. Numa sociedade com uma população cada vez mais envelhecida e detentora de doenças crónicas, que frequentemente recorre aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, mas também ao apoio domiciliário, é desafiante estudar a comunicação em saúde estabelecida entre ambos verificando se esta comunicação influencia os comportamentos e atitudes em saúde e, em última instância a qualidade, a qualidade de vida dos idosos.

A crescente importância atribuída à comunicação em saúde acontece por se acreditar que esta é relevante para a saúde e bem-estar dos idosos na prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida destes (Remal & Lapinski, 2009). A comunicação do profissional de saúde e dos funcionários do apoio domiciliário pode ter um impacto positivo na QdV do idoso desde que os primeiros sejam detentores de competências comunicacionais e os idosos estejam recetivos à comunicação.

Conscientes da pertinência do tema, estabelecemos alguns objetivos para analisar a influência comunicativa dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, bem como dos funcionários do apoio domiciliário na qualidade de vida dos idosos.

O primeiro objetivo a que nos propusemos era compreender se o idoso percebe a informação recebida do profissional de saúde.

Desde logo constatamos estar perante idosos que se preocupam com a forma como comunicam e que, na maior parte das vezes, existe uma comunicação eficaz entre eles, havendo, contudo, situações em que a iliteracia em saúde do idoso dificulta a comunicação.

De facto, da investigação efetuada, concluímos estar perante dois grupos. Por um lado, um grupo composto por doze idosos (8 de Gualtar e 4 de Godinhaços) que demonstra ter uma atitude comunicativa ativa com o profissional de saúde, questionando e indagando-os, revelando estar bem informado sobre a sua saúde/doença. Por outro lado, um grupo formado por oito idosos (maioritariamente de Godinhaços) que demonstra uma atitude passiva face à comunicação estabelecida com médicos e enfermeiros, em resultado de uma certa iliteracia em saúde e de nem sempre quererem ser informados sobre a sua saúde/doença. Interessante é que, independentemente do grupo a que pertence, a maioria dos idosos realça a faceta conversadora do médico (19 idosos) e do enfermeiro (18 idosos) bem como a acessibilidade discursiva destes profissionais de saúde (18 idosos a do médico e 12 idosos do enfermeiro). A maioria dos idosos assume explicar o que sente (14

idosos, 9 deles pertencentes ao grupo que tem por hábito questionar) e nove idosos (7 deles do grupo que questiona) realçam a necessidade de explicarem o que sentem, de falar com o profissional de saúde e, de o fazer numa linguagem acessível ao médico (7 idosos, 5 deles do grupo que questiona) o que demonstra a importância atribuída por estes idosos à comunicação com o profissional de saúde. Mas, os idosos também realçam a importância de o médico ouvir e compreender o utente (12 idosos, 7 deles pertencentes ao grupo que habitualmente questiona), questionar e informá-lo (8 idosos, 4 deles pertencentes ao grupo que questiona). Os idosos pertencentes ao grupo que habitualmente não questiona afirmam não saber o que perguntar ao profissional de saúde e demonstram ter algum receio de incomodar. No entanto, valorizam a capacidade do médico os ouvir e compreender (5 idosos) mas também questionar e informar (4 idosos).

Assim, constatamos que os idosos valorizam profissionais de saúde facilitadores de comunicação o que é evidente na forma como os caracterizam: os médicos são tidos como atenciosos por 20 idosos e como comunicadores por 19. Além disso, distinguem o médico de família do médico especialista atribuindo, na maior parte das vezes, atributos negativos aos médicos especialistas por acharem que estes se focam mais na doença do que no doente. Os enfermeiros são considerados atenciosos por 19 idosos e comunicadores por 18. Os idosos distinguem o enfermeiro do centro de saúde do enfermeiro do hospital considerando este último mais sabedor, mas com menos disponibilidade para dialogar e ouvir. Neste contexto, é evidente que os idosos que pertencem ao grupo que tem por hábito questionar demonstram ser mais expressivos e comunicativos e são também, os que detêm mais literacia em saúde.

Esta preocupação com a comunicação evidenciada pelos idosos realça a importância que atribuem à informação transmitida e recebida e demonstra também que os idosos valorizam as competências comunicacionais dos profissionais de saúde e só depois as competências técnicas. Tal postura não invalida que os idosos refiram que, por vezes, os profissionais de saúde assumam posições centradas na doença relegando para segundo plano o diálogo.

Esta valorização da comunicação por parte dos idosos apenas indica que há preocupação em compreender a informação recebida e transmitida pelo profissional de saúde. De facto, verificamos o interesse demonstrado pelo idoso em conversar, esclarecer dúvidas, ouvir, questionar e ser aconselhado, bem como um maior envolvimento na sua saúde/doença e nas decisões referentes ao corpo.

Perceber se o idoso percebe a informação implica que se analise os hábitos e as práticas dos idosos com a medicação, a alimentação e a forma como ocupam o tempo diariamente.

Todos os idosos pertencentes ao grupo que habitualmente questiona estão informados sobre o seu estado de saúde e, do grupo que não questiona apenas 3 demonstram estar informados. Assim, a maior parte dos idosos demonstra estar informado sobre o seu estado de saúde (15 idosos). Pedir informação e estar informado não significa que se seja cumpridor. Somente 4 idosos referem não cumprir as ordens médicas alusivas à medicação e à alimentação em situações pontuais sendo evidente que a maioria dos idosos assume uma postura responsável face à medicação e à alimentação. Não encontramos diferenças no cumprimento das ordens médicas face à medicação e à alimentação baseadas na pertença a um dos grupos. Em relação à ocupação diária do tempo, ressalta o facto de 12 idosos referirem que o médico de família os manda sair de casa numa clara tentativa de valorizar o convívio e o contacto social. Destes idosos, 7 deles pertencem ao grupo que habitualmente questiona.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a comunicação entre o profissional de saúde e o idoso funciona bem na maior parte das vezes, o que é evidente na forma como os idosos concebem e valorizam a informação/comunicação com o profissional de saúde, na forma como cumprem as indicações destes profissionais e na consciência que demonstram ter quando não cumprem as ordens do médico e do enfermeiro. Nunca referiram não ter cumprido o que o profissional de saúde lhes recomendava por não terem percebido o que lhes era pedido. Os idosos realçam a necessidade de entender a informação que lhes é transmitida pelo profissional de saúde (5 idosos), mas também a capacidade deste perceber corretamente o idoso: sete idosos pertencentes ao grupo que habitualmente questiona e cinco ao que não tem por hábito questionar valorizam esta capacidade de entendimento do médico; três idosos do grupo que questiona e um idoso do grupo que habitualmente não questiona valorizam esta capacidade no enfermeiro.

No segundo objetivo, propusemo-nos identificar as dificuldades na comunicação verbal com o profissional de saúde e na não-verbal com os funcionários do apoio domiciliário.

No que respeita à comunicação verbal, a maior parte dos idosos entrevistados considera existir acessibilidade no discurso do profissional de saúde. Ainda assim, os idosos identificaram alguns comportamentos de bloqueio (Maguire & Pitceathly, 2002) no processo comunicativo com o profissional de saúde (médico e enfermeiro) que eles próprios consideram ser pontuais. De entre esses comportamentos salientamos a indisponibilidade do médico (5 idosos), assim como a insensibilidade (10 idosos) e o ser carrancudo (4 idosos) por parte do enfermeiro. Estes comportamentos do profissional de saúde que contribuem para a ineficácia verbal da comunicação são identificados, essencialmente, pelos idosos pertencentes ao grupo que tem por hábito questionar.

Sete idosos referem situações pontuais em que sentiram dificuldades em comunicar com o médico devido à linguagem técnica deste (4 idosos), às diferenças linguísticas regionais (1 idoso), à linguagem dos médicos estrangeiros (2 idosos) e à falta de comunicação (2 idosos). Estas dificuldades são referidas por 4 idosos pertencentes ao grupo que questiona e 3 ao que não o faz habitualmente.

Nenhum idoso menciona dificuldades na comunicação verbal com o enfermeiro. Para oito idosos, é importante que o enfermeiro compreenda a informação que lhes é transmitida. É interessante referir que 7 dos idosos que pertencem ao grupo que não tem por hábito questionar o enfermeiro valorizam a acessibilidade discursiva deste profissional, em comparação com o grupo que usualmente questiona do qual apenas 5 idosos fazem referência a essa acessibilidade.

Constatamos que a maior parte dos idosos menciona a acessibilidade discursiva do médico (18 idosos) e do enfermeiro (12 idosos) e só fazem referência a dificuldades comunicativas pontuais no relacionamento verbal com o médico. A acessibilidade discursiva é mais valorizada pelo grupo que não tem por hábito questionar, precisamente por não se sentirem à vontade ou não demonstrarem ter capacidade para questionar.

Em relação à comunicação não-verbal estabelecida entre os funcionários do apoio domiciliário e os idosos, não foram visualizadas grandes dificuldades na interpretação desta linguagem pelos intervenientes o que se deve, em grande parte, à sensibilidade demonstrada pelos funcionários, cuidadores formais, detentores de grande atenção e perspicácia para com os idosos. Nas interações observadas, a comunicação não-verbal era constante e visível através do toque e das expressões faciais que evidenciavam carinho, empatia, segurança e proximidade.

Não obstante, verificamos que na comunicação não-verbal entre o funcionário do apoio domiciliário e o idoso há uma certa passividade e apatia de alguns idosos o que dificultava a comunicação não-verbal (e verbal) estabelecida com o funcionário; o facto de esta comunicação ser mais demorada e de exigir mais atenção e tempo do funcionário, tempo esse que é escasso principalmente para os funcionários da ASCREDNO.

A relevância atribuída pelos funcionários do apoio domiciliário à interpretação dos sinais corporais deve-se às habilidades comunicacionais interpessoais destes, fruto das constantes formações a que são submetidos e que se traduz numa comunicação eficaz com o idoso.

A comunicação não-verbal demonstrou ser essencial ao facilitar e promover a interação entre os funcionários do apoio domiciliário e os idosos e possibilitar uma melhor compreensão das necessidades dos idosos o que se repercute na qualidade de vida destes.

Em relação ao terceiro objetivo, este visa verificar até que ponto a comunicação estabelecida entre os idosos e os profissionais de saúde influencia as decisões dos idosos no sentido de estes promoverem a sua saúde e melhorarem a qualidade de vida.

Os idosos consideram estar perante médicos (15 idosos) e enfermeiros (8 idosos) comunicadores que os esclarecem sobre a sua condição de saúde e sobre as dúvidas que apresentam; médicos (12 idosos) e enfermeiros (6 idosos) ouvintes; médicos (12 idosos) e enfermeiros (13 idosos) conversadores sobre a vida, a família e o estado clínico; médicos (9 idosos) e enfermeiros (12 idosos) conselheiros sobre bons hábitos alimentares, medicamentosos e face à doença.

Além da conversação mantida pelo médico (18 idosos) e pelo enfermeiro (11 idosos) utilizando uma linguagem acessível, os idosos consideram que o profissional de saúde lhes explica o seu estado de saúde. A maior parte dos idosos (11, sete deles pertencentes ao grupo que questiona) considera que o médico se preocupa em explicar e 8 idosos (6 deles pertencentes ao grupo que questiona) realçam esta capacidade de explicar. Em relação ao enfermeiro, apenas 8 idosos (6 deles pertencentes ao grupo que tem por hábito questionar) dizem que este profissional lhes dá explicações sobre o seu estado de saúde. Médicos e enfermeiros comunicativos estabelecem relacionamentos empáticos o que contribui para uma relação com o idoso baseada na confiança (20 idosos) e na educação (15 idosos).

Comprovamos, assim, que há um grupo que questiona regularmente o profissional de saúde (12 idosos) e que mantém uma atitude ativa no processo comunicacional, demonstrando interesse em saber e intervir no seu estado de saúde. Há outro grupo que não tem o hábito de questionar o profissional de saúde, assumindo uma atitude mais passiva em termos comunicacionais ao passar para segundo plano a informação médica (embora alguns desses idosos considerem ser importante o profissional de saúde dar explicações). No entanto, há que realçar que deste grupo composto por oito idosos, três deles assumem esta atitude passiva em termos comunicacionais porque são informados pela família (2 idosos) e pelos vizinhos (1 idoso). No grupo que habitualmente questiona, três idosos são também informados pelos filhos e um por vizinhos.

Os idosos, mesmo os que habitualmente não questionam o médico e o enfermeiro, valorizam a comunicação e normalmente põem em prática aquilo que lhes é transmitido pelo profissional de saúde nos cuidados diários que têm com a sua saúde. No entanto, o médico exerce maior influência sobre o idoso em comparação com o enfermeiro sendo que, a última palavra é a do médico. Podemos inclusive, afirmar que os idosos são influenciados pelo médico independentemente da forma como comunicam. A influência do enfermeiro no grupo que não tem por hábito questionar é diminuta

contrariamente à exercida no grupo que tem por hábito questionar onde os conselhos e indicações médicas deste profissional são muito valorizados (11 idosos).

O grupo que habitualmente questiona estabelece uma relação comunicativa com o médico e o enfermeiro atribuindo a estes profissionais e a si próprios um papel ativo no processo comunicativo resultando, deste modo, uma relação comunicativa mais eficaz.

O grupo que não tem por hábito questionar o profissional de saúde considera que o médico deve desempenhar um papel ativo no processo comunicativo, nomeadamente informar e questionar, mas também ouvir e compreender. Em contraposição, o idoso assume um papel passivo, relatando sintomas e queixas e explicando apenas o que tem e sente. Parece ser evidente a relação entre este posicionamento no processo comunicativo, a iliteracia em saúde e um relacionamento com o profissional de saúde onde os aspetos paternalistas são mais valorizados.

A diferença é que o primeiro grupo está informado sobre o seu estado de saúde porque interage ativamente com o profissional de saúde, questionando-o, contrariamente aos idosos do segundo grupo que estão inteirados sobre o seu estado de saúde porque estão perante profissionais de saúde que valorizam a comunicação e a explicação dada e investem numa relação interpessoal com o idoso. Nem sempre há comunicação, mas há troca de informação, mérito do profissional de saúde que se preocupa em explicar, informar e sensibilizar o utente idoso sobre a sua saúde e doença. Tudo isto, aliado ao poder que o médico e o enfermeiro detêm na vida do idoso, explica porque não encontramos diferenças na influência que a comunicação com o profissional de saúde exerce no idoso. De facto, até os idosos que pertencem ao grupo que habitualmente não questiona demonstram ser influenciados pela conversação que estabelecem com o profissional de saúde. Esta influência reflete-se na qualidade de vida destes idosos que cumprem e usam a informação que lhes é transmitida pelo médico e enfermeiro nem sempre por a compreenderem, mas pelo poder exercido por quem transmite essa informação.

Parece ser evidente que a capacidade performativa do profissional de saúde, médico e enfermeiro, se repercute na qualidade de vida do idoso na medida em que influencia a forma como este cuida de si na saúde e na doença.

A construção que cada um faz da doença depende da sociedade e da cultura onde se insere, dos relacionamentos que estabelece com o profissional de saúde, na forma como percebe o que lhes é transmitido e como o põe em prática. Independentemente da forma como comunicam, os idosos lidam com profissionais de saúde comunicativos, preocupados em explicar, em conversar, em tirar dúvidas,

sendo que, este cuidado com a comunicação por parte do profissional de saúde se reflete nas atitudes e comportamentos dos idosos face à sua saúde.

O poder do profissional de saúde *fazer crer e acontecer*, que todos os idosos reconhecem no médico e treze (9 deles pertencentes ao grupo que habitualmente questiona) no enfermeiro, da sabedoria, de tratar, repercute-se na qualidade de vida dos idosos, sendo a comunicação uma ferramenta fundamental para a troca de informação, de entendimento, de interação e transmissão de saberes que permitem ao idoso mudar comportamentos de saúde inadequados, tornando-os mais autónomos e capazes de cuidar de si com qualidade de vida.

Apesar do poder que o profissional de saúde exerce na saúde/doença do utente idoso, nem sempre os idosos cumprem as indicações destes profissionais. Assim, nesta investigação como na efetuada por Luísa Silva (2008a), verificamos, através dos discursos dos idosos, que existe uma interiorização individual dos modelos de comportamento dominante, mas que nem sempre se verifica este comportamento na prática. A autora denomina de disposições para acreditar e de disposições para agir. Na generalidade, os idosos que fizeram parte deste estudo demonstraram disposição para agir de acordo com as diretrizes do profissional de saúde e, talvez por isso, os utentes idosos, clinicamente doentes, afirmem ter boa saúde.

O profissional de saúde, detentor de competências comunicacionais e de capacidade performativa, age na perceção, nos comportamentos e nas atitudes do idoso conduzindo-o a comportamentos e posturas de saúde adequadas e que lhe permitem viver com mais qualidade de vida.

Concluimos que a comunicação que o idoso estabelece com o profissional de saúde influencia as decisões que este toma, mas também nos apercebemos da importância das redes de apoio na vida dos idosos, nas questões de comunicação com os profissionais de saúde.

Constatamos que a família é a rede de apoio a quem os idosos mais recorrem. Os assuntos do quotidiano, nomeadamente os que se referem à saúde e à doença, são partilhados com membros restritos da rede familiar. Os idosos que pertencem ao grupo que habitualmente questiona, maioritariamente de Gualtar, privilegiam, na sua maioria, o parentesco, sendo diminuto o lugar ocupado por amigos e vizinhos (5 idosos) e, pelo contrário, a rede de apoio dos idosos que não têm por hábito questionar inclui a família, mas também os amigos/vizinhos, sendo uma rede mais alargada que abarca filhos, noras, genros, cônjuges e netos (7 idosos).

Certificamos que a dimensão da rede tende a diminuir com o aumento da idade e a localidade onde habitam. Quanto mais velho menor é a vontade de ter novos relacionamentos sociais e de manter os antigos sendo os problemas de saúde responsáveis por esta diminuição das relações sociais. Além

disso, os idosos que não têm por hábito questionar, habitam maioritariamente em Godinhaços, uma localidade rural, mantêm relações constantes e regulares com a vizinhança.

Filhos, noras/genros e cônjuges são o principal suporte dos idosos na doença. Este carácter familiar das redes de apoio é fundamental quer na obtenção de apoio emocional, quer no aconselhamento instrumental do idoso.

Atendendo a que as redes de apoio são fundamentais na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida do idoso (Paul, 2005a, Paul, Fonseca, Martin & Amado, 2005, Bowling, 1995), os idosos de Gualtar e de Godinhaços valorizam o parentesco nas questões de saúde e de doença embora também realcem os amigos e os vizinhos (essencialmente o grupo que habitualmente não questiona).

É na família que se vive e constrói a saúde e a doença, se promovem comportamentos de risco ou de saúde e é a família que influencia o modo como se procura apoio médico e se adapta à doença atendendo às crenças, atitudes e comportamentos de saúde. A família desempenha um papel fundamental na adesão a tratamentos e recomendações dos profissionais de saúde e também a explicar e relembrar ao idoso aquilo que o profissional de saúde disse ou quis dizer.

Os vizinhos/amigos também desempenham um papel importante principalmente na troca de informações e aconselhamento relativo à doença e à medicação. Sem dúvida que familiares e vizinhos/amigos que muitas vezes trabalham na área da saúde, acabam por deter o papel de explicar ou “trocar por miúdos” estados de saúde, tratamentos e prescrições médicas. Assim, família e profissional de saúde assume um papel preponderante na toma de decisões que promovam a saúde e melhorem a qualidade de vida do idoso.

Já tínhamos averiguado no primeiro objetivo, que a informação recebida do profissional de saúde funciona bem atendendo a que, na maior parte das vezes, os idosos assumem ter comportamentos adequados quanto à medicação e à alimentação em resultado do cumprimento das ordens dos profissionais de saúde. No quarto objetivo, caracterizamos os saberes e atitudes dos idosos face ao corpo e à saúde para percebermos, uma vez mais, se a comunicação entre profissional de saúde/idoso funciona bem, isto é, se esta comunicação influencia os idosos a tomarem opções adequadas quanto ao seu corpo no sentido de viverem com qualidade de vida.

A forma como cada idoso percebe o corpo e organiza a informação ao descrever a sua situação clínica permite-nos apreender os saberes, os conhecimentos que detêm face ao corpo e à doença. São diversas as linguagens sobre o corpo referenciadas ao longo das entrevistas, através das quais notamos que todos os idosos detêm conhecimentos médicos expressos de diferentes formas. Os idosos de Gualtar são os que descrevem mais pormenorizadamente a doença e a sintomatologia e que

referem um maior número de especialidades em comparação com os idosos de Godinhaços, o que pode ser explicado pelo facto de os idosos de Gualtar deterem habilitações académicas superiores.

Os saberes sobre o corpo estão patentes nos conhecimentos médicos que cada um detém sobre medicação, doença, alimentação, e os cuidados de saúde oral. Todos os idosos detêm conhecimentos sobre a medicação e assumem uma atitude responsável na toma do medicamento. Em simultâneo, todos falam sobre doença, seja a doença atual ou situações vividas anteriormente. Do mesmo modo, os idosos demonstram ter conhecimentos sobre a alimentação e apenas Eduardo e Guida não fazem referência à sua alimentação embora Guida demonstre grande preocupação com a alimentação do marido acamado e Rita limita-se a enumerar alguns alimentos que consome. De facto, nos discursos dos idosos sobressaem os saberes face à medicação, à doença e à alimentação independentemente do relacionamento comunicativo que estabelecem com o profissional de saúde. No entanto, dez idosos também demonstram ter conhecimentos sobre operações que realizaram e quatro deles fazem alusão a tratamentos dentários. Interessante é que a maior parte destes idosos faz parte do grupo que habitualmente questiona o profissional de saúde – seis idosos evidenciam saberes sobre operações médicas e quatro sobre tratamentos dentários.

Os saberes da saúde e da doença são evidenciados nos conhecimentos que cada um detém sobre a doença, os exames realizados e as especialidades médicas. De facto, com maior ou menor dificuldade, os idosos descrevem a sua situação clínica, os exames médicos e as especialidades médicas que frequentam.

Face ao exposto, reconhecemos que os saberes de saúde e de doença que os idosos detêm sobre o corpo não estão relacionados com a relação comunicativa estabelecida com o profissional de saúde uma vez que os idosos que pertencem ao grupo que habitualmente não questiona detêm estes conhecimentos. A exceção refere-se aos saberes alusivos aos tratamentos dentários referidos apenas pelo grupo que habitualmente questiona o profissional de saúde.

Em jeito de conclusão final, importa referir que, através da comunicação, o profissional de saúde influencia a construção social da doença do idoso e as práticas alimentares, de exercício físico, medicamentosas e a postura perante a vida e a doença o que se repercute na qualidade de vida e bem-estar do idoso. De facto, investigações levadas a cabo por Amalraj *et al* (2009), Clarke *et al* (2014), Chipidza *et al* (2015), Shukla *et al* (2010) e Travaline *et al* (2005), com doentes de diferentes patologias, confirmam que uma boa relação com o profissional de saúde se reflete no estado de saúde do doente.

Duffy *et al* (2004), Heisler *et al* (2002), Bell *et al* (2014), Reidl & Schubler (2017), Renzi *et al* (2001), Safran *et al* (1998), Sullivan *et al* (2000), Zachariae *et al* (2003) e Zhou *et al* (2014) vão mais longe, afirmando que a comunicação estabelecida com o profissional de saúde melhora o estado de saúde e influencia a qualidade de vida do doente.

Street *et al* (2009) consideram que a comunicação com o profissional de saúde melhora a saúde do indivíduo de forma direta e indireta. Direta através da fala, da empatia e de comportamentos verbais como o tom de voz e indireta através da satisfação com o cuidado, motivando para a adesão, confiança no médico, entre outros. A comunicação conduz a melhorias da saúde porque inclui um maior acesso a cuidados de saúde, um maior conhecimento do indivíduo, uma compreensão compartilhada, decisões médicas de maior qualidade, alianças terapêuticas, melhor gestão das emoções e *empowerment* do indivíduo. A opção por cada um destes caminhos depende do interesse, da condição de saúde, da trajetória e das circunstâncias de vida do utente. Ao profissional de saúde cabe orientar a comunicação para alcançar resultados como a confiança e a compreensão mútua que estão associadas a melhorias da saúde.

Sem dúvida que cada utente idoso entrevistado tem a sua narrativa leiga, mas a narrativa médica triunfa sobre todas as versões de saúde/doença. Por outro lado, nos dias de hoje vive-se a doença com saúde e, deste modo, o idoso doente vive a sua vida e exerce diversos papéis sociais.

Importa evidenciar algumas limitações desta investigação. A amostra foi composta por um número limitado de participantes, 20 idosos, o que influencia a possibilidade de generalizar os dados, podendo os resultados serem aplicados apenas a grupos semelhantes aos usados neste estudo. Outra razão deste condicionalismo está associada ao modelo de amostragem não probabilístico onde nem todas as pessoas tiveram a mesma oportunidade de serem selecionadas para o estudo. Outra limitação presente no estudo prende-se com a representatividade dos discursos dos idosos obtidos por meio de entrevistas. 241 De facto, conscientes da riqueza inesgotável do objeto social e de que são únicos e singulares aqueles que nele participam, este trabalho de investigação foi um trabalho constante de construção/reconstrução, pois se por um lado a familiaridade com o objeto de estudo nos permitia conhecer esse mesmo objeto, por outro lado, tínhamos dificuldades em distanciarmo-nos dele. Em relação à literatura alusiva ao tema encontramos poucos estudos que relacionavam a influência da comunicação com a qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, a maior parte desses estudos focavam-se em grupos específicos, que não os idosos, e referiam-se a doenças específicas. Por fim, estamos conscientes de que nem tudo o que é dito pelos idosos é feito no dia a dia, havendo clivagens entre aquilo que é dito e o que é posto em prática. Importa também fazer algumas considerações

sobre o estudo efetuado. Reconhecer a importância da comunicação em saúde requer que se reflita sobre os desafios da relação médico - enfermeiro e doente idoso e as consequências deste relacionamento na saúde e qualidade de vida do idoso. Constatamos que a comunicação estabelecida com o profissional de saúde tem repercussão nas atitudes face à saúde e à doença e interferem nos comportamentos do indivíduo e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Cada doente é uma experiência única e exige respostas e soluções comunicacionais individuais e adaptadas à realidade de cada um. Neste contexto, é fundamental formar os profissionais de saúde na área da comunicação em saúde no sentido de melhorar as suas competências comunicacionais e, desta forma, aumentar a satisfação e a qualidade de vida do doente idoso. Melhorar desempenhos comunicacionais com o intuito de melhorar a comunicação com o doente e o seu estado de saúde é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Este investimento nos processos e competências comunicacionais não deve ser confinado à universidade e seus planos de estudo, mas deve ser um investimento ao longo da carreira através da participação, por parte do profissional de saúde, em seminários, workshops e formações neste âmbito. É assim essencial que o profissional de saúde reconheça a importância da comunicação nos relacionamentos estabelecidos com o idoso para o sucesso da relação, uma vez que pode afetar os resultados da saúde do doente (Chipidza et al, 2015). A comunicação em saúde é uma moeda de duas faces com dois intervenientes, profissional de saúde e utente. De nada serve dotar o profissional de saúde de competências comunicacionais se o utente não as detém ou não está sensibilizado para a importância da comunicação em saúde. Assim, é fundamental aumentar a literacia em saúde da população portuguesa de forma a evitar mitos, concepções erradas e mal-entendidos resultantes da relação profissional de saúde e o utente idoso. 242 Estudos efetuados em 2017 por Dagmara Paiva et al concluem que 72,9% da população portuguesa tem literacia em saúde inadequada sendo esta mais significativa nas pessoas mais velhas e com menor escolaridade. Atendendo a que esta iliteracia em saúde em Portugal é mais elevada do que a observada noutros países europeus é necessário capacitar os utentes mais velhos de conhecimentos de saúde de modo a inverter a literacia em saúde inadequada de três em cada quatro pessoas da população portuguesa. Este estudo alerta para a importância de o profissional de saúde capacitar os utentes de modo que estes sejam detentores de comportamentos adequados através de informações adaptadas ao indivíduo, ao seu grau de escolaridade e de conhecimentos sobre saúde e doença. Esta tarefa de capacitação do utente não deve ser apenas do profissional de saúde, mas também do utente. Neste âmbito foi implementado em 2016 o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados com o intuito não só de reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde português, mas também a informação, o

conhecimento e a decisão informada. Genericamente, a relação estabelecida com médico e enfermeiro influencia os idosos na adoção de comportamentos mais adequados pois seguem as instruções do médico, evitam a automedicação, cumprem ordens médicas e adotam hábitos físicos e alimentares saudáveis. Neste relacionamento é evidente o poder do médico e do enfermeiro que advém da capacidade de fazer crer fruto dos conhecimentos que detêm, o que permite afirmar que estes profissionais, em questões de saúde e doença, são tidos como uma autoridade. Os idosos estão sensibilizados para a comunicação em saúde e demonstram uma preocupação em adquirir algumas competências e saberes médicos para se cuidarem, através do diálogo com o profissional de saúde, tido como o elemento primário a que se recorre para tirar dúvidas ou pedir informações. Os saberes dos idosos são comunicados numa linguagem pouco técnica, denotando uma interpretação da linguagem médica para uma linguagem vulgar, inserida nos quadros de referência e nos sistemas de valores, sociais e profissionais de cada idoso. Enfim, consideramos estar perante “cidadãos informados” sobre a sua saúde tal como Rita Espanha (2016) concluiu. Daqui resultam alguns desafios para ambos os intervenientes no processo comunicativo. Ao idoso é-lhe pedido que converse com o profissional de saúde, que o questione, que exponha dúvidas e anseios de acordo com a sua literacia em saúde. Ao profissional de saúde é-lhe exigido que comunique com o utente idoso utilizando uma linguagem simples e acessível de acordo com o seu nível de literacia. Estes devem estar cientes de que nem todos os idosos sabem o que questionar ou como o fazer, mas, de acordo com o estudo, estes idosos valorizam a comunicação e a informação que o profissional de saúde lhes transmite. Os idosos entrevistados que pertencem ao grupo que não tem por hábito questionar acabam por cumprir as ordens médicas quanto à medicação, alimentação e hábitos de saúde e alimentares adequados apesar de, a maior parte das vezes, não entenderem o porquê de agir assim. Em suma, em estudos futuros, sugere-se que sejam consideradas também as perspetivas dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e cuidadores formais e que seja alargado o âmbito geográfico do estudo a outras regiões do país.

## Referências bibliográfica

Abdulkadir, J. (1995). Fuerte demanda, oferta débil. *Foro Mundial de la Salud*, 16(3): 267-268.

Abreu, P. (1998). *Comunicação e medicina*. Coimbra: Virtualidade.

Acursio, F., Silva, A., Ribeiro, A., Rocha, N., Silveira, M., Klein, C. & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do Regime Terapêutico Prescrito para Idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55(4): 468-74.

Adams, S. & Bont, A. (2007). Information Rx: Prescribing Good Consumerism and Responsible Citizenship. *Health Care Analysis*, 15(4): 273-290.

Aguiar, P., Salgueira, A., Frada, T. & Costa, M. (2009). Empatia médica: tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 3705-3716). Braga: Universidade do Minho.

Ahalt, C., Walter, L., Yourman, L., Eng, C., Pérez-stable, E. & Smith, A. (2012). Knowing is Better: preferences of diverse older adults for discussing prognosis. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5): 568–575.

Ajrouch, K. J., Blandon, A. Y., & Antonucci, T.C. (2005). Social networks among men and women: The effects of age and socioeconomic status. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60: 311-317.

Allardt, E. (1976). *Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study*. *Acta Sociologia*, 19(3): 227-239. Obtido de: <http://www.jstor.org/stable/4194131>.

Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C. & Naeim, A. (2009). Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*, 23(4): 369–375.

Amorim, I., Coelho, C. & Barbosa, M. (2015). *Envelhecimento positivo na região de Aveiro: A perspetiva dos Sêniores*. Relatório de Investigação.

Amparo, G. (2008). Are you listening to your patients? *Endocrine Today*, 6: 28-29.

An, S. & Muturi, N. (2011). Subjective health literacy and older adults' assessment of direct-to-consumer prescription drug ads. *Journal of Health Communication*, 16(3): 242-255.

Antunes, A. (2003). A profissão do médico. *Análise Social*, 38 (166): 77-99.

Antunes, M. (2014). A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *XI Jornadas de APDIS*, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Apifarma (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Política do Medicamento, Dispositivos Médicos e Avaliação de Tecnologias em Saúde*.

Argyle, M. (1988). *Bodily Communication*. New York: Taylor & Francis.

- Ashbury, F., Iverson, D. & Kralj, B. (2001). Physician Communication Skills: Results of a Survey of General Family Practitioners in Newfoundland. *Medical Education Online*, 6:1-11. Obtido de: <http://www.med-ed-online.org>.
- Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (2018). *Relatório do Setor Segurador e dos Fundos de Pensões 2017*. Lisboa.
- Baker, R., Mainous, A., Pereira, G. & Love, M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21: 27-32.
- Balandier, G. (1982). *O poder em cena*. Coimbra: Minerva.
- Balint, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa: Editora Climepsi.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barbosa, M. (2009). Os idosos e a complexidade dos regimes terapêutico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(4): 364-365.
- Barnsley, J., Williams, A., Cockerill, R. & Tanner, J. (1999). Physician characteristics and the physician-patient relationship. Impact of sex, year of graduation, and specialty. *Canadian Family Physician*, 45: 935-42.
- Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6): 1173-1182.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15: 289-302.
- Barros, P. (2012). *Saúde. Seminário Economia, Demografia e Sustentabilidade: Riscos e desafios de hoje*. Universidade Nova de Lisboa.
- Barry J., Gallagher P. & Ryan C. (2008). Inappropriate Prescribing in Geriatric Patients, *Current Psychiatry Reports*, 10: 37-43.
- Barry. M. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making. The pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine*, 366: 780-781.
- Bastiaens, H., Royen, P., Pavlic, D., Raposo, V. & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education & Counseling*, 68(1): 33-42.

- Bastos, C. & Levy, T. (1987). Aspirinas, palavras e cruces: práticas médicas vistas pela antropologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 221-232.
- Bateson, G. (1958). *Naven: a survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view*. Stanford: Stanford University Press.
- Bateson, G. (1981). *La nouvelle communication*. Paris: Editions du Seuil.
- Battaglioli-DeNero, A. (2007). Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (1): 17-22.
- Baudrillard, J. (1995). *A sociedade de consumo*. Rio de Janeiro: Elfos Editora.
- Beauvoir, S. (1982). *La vieillesse*. Paris: Gallimard.
- Bell, R., Arcury, T., Ip, E., Grzywacz, J., Nguyen, H., Kirk, J., Saldana, S. & Quandt, S. (2014). Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. *American Journal of Health Behavior*, 37(5): 660–666.
- Bendapudi, N., Berry, L., Frey, K., Parish, J. & Rayburn, W. (2006). Patients perspectives on ideal physician behaviours. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3): 338-44.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editor.
- Bensing, J. & Verhaak, P. (2004). Communication in medical encounters. In A. Kaptein & J. Weinman (Eds). *Health Psychology*. Malden: Blackwell Publishing, Ltd.
- Bensing, J., Verhaak, P. & Visser, A., (2000). Communication: the royal pathway to patient centered medicine. *Patient Education & Counseling*, 39(1): 1-3.
- Berendsen, A., de Jong, G., Schuling, J., Bosveld, H., de Waal, M., Mitchell, G., van der Meer, K. & Meyboom-de Jong, B. (2010). Patient`s need for choice and information across the interface between primary and secondary care: a survey. *Patient Education and Counseling*, 79(1): 100-105.
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidade*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bernstein, B. (1982). A educação não pode compensar a sociedade. In S. Grácio & S. Stoer (orgs.). *Sociologia da Educação – II: A Construção Social das Práticas Educativas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Berry, D. (2007). *Health Communication. Theory and practice*. London: Open University Press.
- Birdwhistell, R. (1970). *Kinesics and Context: essays on body motion communication*. Philadelphia: University of Pensilvania Press.
- Bogdan, R. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- Bohmer, R. (2000). *Customers in Health Care*. Harvard Business School.
- Boland, M. (1995). Qué esperan los utentes de sus médicos? *Foro mundial de la salud*, 16(3): 251-258.
- Boudiny, K. & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: towards a broader understanding of active ageing. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1): 8-14.
- Boudiny, K. (2013). Active ageing: from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6): 1077-1098.
- Bourdieu, P. (1979). *La distincion: Critique sociale du jugement*, Paris; Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1989). *O Poder Simbólico*. Lisboa: Editora Difel.
- Bourdieu, P. (1998). *O que falar quer dizer: a economia das trocas linguísticas*, Lisboa: Defel.
- Bourdieu, P. (1999). *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Bourdieu, P. (2003). *Questões de sociologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Bowlin, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissg, A., Banister, D. & Sutton, S., (2003). Let`s ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4): 269-306.
- Bowling, A. & Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(13): 2-10.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10): 1447-1462.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. England: McGraw-Hill Education.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21<sup>st</sup> century: what is successful ageing? *Journal of Aging and Human Development*, 64(3): 263-297.
- Bowling, A. (2009). The psychometric properties of the older people`s quality of life questionnaire, compared with the CASP- 19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Bowling, A. Banister, D., Sutton, S. Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6(4): 355-371.
- Bowling, A., Farquhar, M., Grundy, E. & Formby, J. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Social Science & Medicine*, 36(5): 641-655.
- Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). *Models of quality of life: a taxonomy, overview, and systematic review of the literature*. European Forum on Population Ageing Research.

- Bryant, A. (2002). Re-Grounding Grounded Theory. *Journal of Information Technology Theory and Application*, 4(1): 25-42.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bultzingslowen, I., Eliasson, G., Sarvimaki, A., Mattsson, B. & Hjortdahl, P. (2006). Patients views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2): 210-219.
- Burgess, R. (1997). *Pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.
- Bush, K (2001). Do you really listen to patients? *RN*, 64: 35-37.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4): 243-246.
- Byrne, P. & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients. A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Cabral, M. & Ferreira, P. (2013). *O envelhecimento ativo em Portugal – Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabral, M. & Silva, P. (2002). *Saúde e doença em Portugal Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa perante o sistema nacional de saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante a Prescrição Médica*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campbell, A. Converse, P. & Rodgers, W. (1976). The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions, *Russel Sage Foundation*, 91(3): 529:531.
- Carapinheiro, G. (1989). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (1991). Poder Médico e Poder Administrativo no quotidiano hospitalar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33: 83-91.
- Carrapiço, E. & Ramos, V. (2012). A comunicação na consulta. Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28(3): 212-222.
- Carrió, F. (2004). *Entrevista clínica: manual de estratégias prácticas*. Barcelona: SemFYC.
- Carvalho, E., Bachion, M., Almeida, L., & Medeiro, R. (1997). O ensino de comunicação em enfermagem: um desafio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(3): 103-118.

- CEDRU (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Sêniiores em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano / BCG – Boston Consulting Group.
- Cegala, D. (1997). A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *Journal of Health Communication*, 2: 169-194.
- Cegala, D., Marinelli, T. & Post, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance in primary care. *Archives of Family Medicine*, 9(1): 57-64.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications: Los Angeles.
- Charmaz, K. (2012). The power and potential of grounded theory. *Medical Sociology Group*, 6: 1-15.
- Chen, R. (2011). Moral imagination in simulation-based communication skills training. *Nursing ethics*, 18(1): 102-111.
- Chipidza, F., Wallwork, R. & Stern, T. (2015). Impact of the doctor –patient relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5).
- Christen, R., Alder, J. & Bitzer, J. (2008). Gender differences in physician's communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. *Patient Education and Counseling*, 66: 1474-1483.
- Claramita, M., Utarini, A., Soebono, H., Van Dalen, J. & Van der Vleuten, C. (2011). Doctor–patient communication in a Southeast Asian setting: the conflict between ideal and reality. *Advances in Health Sciences Education*, 16(1): 69-80.
- Clarke, A. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks: SAGE publications.
- Clarke, L., Bennett, E. & Korotchenko, A. (2014). Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Canadian Journal of aging*, 33(1):26–37.
- Clever, S., Jin, L., Levinson, W. & Meltzer, D. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research*, 43(5): 1505-1519.
- Clowers, M. (2002). Young women describe the ideal physician. *Adolescence*, 37 (148): 695-704.
- CN (2011) - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coelho, S. (2008). *Participação Social e Associativismo em Portugal: breves apontamentos de um estudo de caso de uma associação de promoção de Comércio Justo*. Porto: Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

- Cohen, A. & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity, and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28(3): 215-241.
- Conn, V., Taylor, S. & Kelley, S. (1991). Medication regimen and adherence among older adults. *Image: The journal of Nursing Scholarship*, 23: 231-235.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento das perícias da comunicação e de aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Corraze, J. (1980). *As Comunicações Não-Verbais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Costa, A. (1986). A pesquisa de terreno. In A. Silva, & J. Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais*, pp. 129-148. Porto: Edições Afrontamento
- Coulter, A. (2012). Patient engagement – What works? *Journal Ambulatory Care Manage*, 35(2): 80-89.
- Cutilli, C. (2005). Health literacy: what we need to know. *Orthopedic Nursing*, 24(3): 227-231.
- Damiano, P., Momany, E., Willard, J. & Jogerst, G. (1997). Factors affecting primary care physician participation in Medicare. *Medical Care*, 35(10): 1008–1019.
- Darwin, C. (1987). *The expression of the emotions in man and animals*. London.
- Davis, F. (1979). *A comunicação não verbal*. São Paulo: Summus.
- Davis, H. & Fallowfield, L. (1991). *Counseling and communication in health care*. Chichester: John Wiley.
- Davis, M. (2009). A perspective on cultivating clinical empathy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(2): 76-79.
- Dehin, R. (1998) *O médico verde: a planta dos milagres*. Lisboa: Publicações Prevenção de Saúde.
- Demunter, C. (2012). *Ageing and Tourism in the European Union*. Obtido de: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5585284/KS-SF-12-043>.
- Dennis, S. (2004). Talk less, listen more. *Nursing Standard*, 19: 22-23.
- Despacho nº17690/2007, de 23 de julho. INFARMED - Gabinete Jurídico e Contencioso. Legislação Farmacêutica Compilada. Lisboa.
- Dijkers, M. (2007). “What` s in a name?” The indiscriminate use of the “Quality of Life” label, and the need to bring clarity in conceptualizations. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1): 153-155.
- DiMatteo, M. (2004). Variations in patient’s adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3); 200–209.
- Dionísio, B. (2001). Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice. *Fórum Sociológico*, 5/6: 241-255, Lisboa: IEDS

- Direção Geral da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Programa Nacional para a Saúde da Visão – Revisão e extensão 2020*. Portugal: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Governo de Portugal. Obtido de: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-SaudeRevisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2017b). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável, 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial- Despacho n. °12427/2016. Portugal.
- Direção-Geral de Saúde (2017a). *A saúde dos portugueses 2016*. DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (1995). *Estudo da QdV do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação - Relatório*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Dithole, K., Thupayagale-Tsheneagae, G., Akpor, O. & Moleki, M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *Nursing*, 16(74): 1-6.
- Dominguez, M. (2010). Recurso à medicina popular, *ETNICEX*, 1: 61-78.
- Domnariu, C. (2014). Importance of communication in public health. *Acta Médica Transilvanica*, 2(4): 161-162.
- Drulhe, M. (1996). *Santé et société: le façonnement sociétal de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença – Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79: 495-507.
- Dumazedier, J. & Israel, J. (1974). *Lazer: problema social*. Lisboa: Direcção-Geral dos Desportos.
- Dumazedier, J. (1994). *A revolução cultural do tempo livre*. São Paulo: Studio Nobel.
- Durkheim, E., (1996). *As formas elementares da vida religiosa*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12:1-16.
- Ekman, P & Friesen, W. (1982). Felt, False, and Miserable Smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6(4): 238-252.

Ekman, P. & Friesen, W. (1969). The Repertoire of Nonverbal Behavior: Categories, Origins, Usage and Coding. *Semiotic*, 1(1): 49-98.

Ekman, P. (2004). Emotional and conversational nonverbal signals. In J. Larrazabat & L. Miranda (eds.) *Language, Knowledge, and Representation* (pp. 39-50). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.

Elias, N. (1976). *La civilisation des moeurs*. Paris: Calmann-Lévy

Ellen, S., Petrisek, A. & Laliberte, L. (2001). Problems in doctor-patient communication: The case of younger women with breast cancer. *Critical Public Health*, 11(1): 39-58.

Ellison, C. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1): 80-99.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.

Epstein, R. & Street, R. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Bethesda: National Cancer Institute.

Epstein, R., Alper, B. & Quill, T. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *Journal American Medical Association*, 291(19): 2359-2366.

Epstein, R., Franks, P., Shields, C., Meldrum, S., Miller, K., Campbell, T. & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing, *Annals of Family Medicine*, 3(5): 415-421.

Erikson, R. (2009). Descriptions of Inequality: The Swedish Approach to Welfare Research. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.). *The Quality of Life*: 67-83.

Escoval, A. (2008). A despesa com medicamentos não tem obrigatoriamente que subir – pensar diferente. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 82: 42.

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal - Relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Estanque, E. (1995). O lazer e a cultura popular, entre a regulação e a transgressão. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 43: 123-145.

Estanqueiro, A. (1992). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal*. Lisboa: Editorial Presença.

Eurostat (2014) *Eurostat regional yearbook 2014*. Obtido de: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF>

Eurostat (2014). *Tourism, trends, and ageing*. Obtido de: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Tourism\\_trends\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Tourism_trends_and_ageing)

- Eurostat (2021). *Tourism trends and ageing*. Luxembourg: Publications Office of the European Unions. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?search=tourism+trant+and+ageing>
- Fabb, W. (1995). Un consejero fiable. *Foro Mundial de la Salud*, 16: 275-277.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11): 1592-1597.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3): 502-508.
- Feathrestone, M. (1995). *Cultura do Consumo e Pós-modernismo*. São Paulo: Studio Nobel.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*, 16 (1): 51-74.
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Tishelman, C. (2005). A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology*, 14: 801–809.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, M. (2008). Poder no Relacionamento entre Profissionais e Doentes. *Pensar Enfermagem*, 12(2): 13-23.
- Fernandez-Ballesteros R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1): 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The Differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1): 57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontologia Social* (pp. 33-54). Madrid: Ediciones Piramide.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo, contribuciones de la psicología*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Ferreira, M. & Dias, M. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Ferreira, M. & Freitas, A. (2009). A Conceção Curricular do Curso de Medicina da FMUP no Quadro de Bolonha: o Projeto de Opção. *Conferência: O Futuro de Bolonha, 10 Anos Depois*, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, V. (2013). Resgates sociológicos do corpo: esboço de um percurso conceptual. *Análise Social*, 208(48): 494-528.

- Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease Silver Spring.
- Fonseca, A. (2004). Saúde percebida e “passagem à reforma”. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1): 17-29.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da «passagem à reforma». In C. Paúl & A. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 45-73). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia*, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento demográfico, pp.75-95.
- Fontes, A. & Sanches, J. (1995). *Medicina Popular Barrosã: Ensaio de antropologia médica*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Foucault, M. (1954). *Enfermedad Mental e Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1989). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade – O cuidado de si*, Lisboa: Relógio d`Água.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*. The University of Chicago Press.
- Frazier, P., Tix, A., & Barron, K. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2): 157.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Friedman, J. 1996. *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras: Celta Editorial Lisboa.
- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24: 675-691.
- Gadamer, H-G. (1997). *O mistério da saúde – o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Galanti, G. (2000). An introduction to cultural differences. *Western Journal of Medicine*, 172(5): 335-336.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22: 747-752.
- Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris: Desclée de Brouwer.

- Gissens, A. (2004). *Sociologia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley: The Society Press.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Goffman, E. (1981). *Forms to Talk*. Oxford: Basil Blackwell.
- Goffman, E. (1989). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Editora Vozes
- Goffman, E. (1999). *Os momentos e os seus homens*. Lisboa: Relógio d`Água
- Goldin-Meadow, S. & Wagner, S. (2005) The two faces of gesture: language and thought, *Gesture*, 5(1/2): 241-257.
- Gómez, G., Flores, J., Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Gonçalves, A. (2004). *Métodos e técnicas de investigação social I- Programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Gonçalves, A. (2013). *Corpo comunicante. A educação pelos sentidos*. ComUM, Universidade do Minho.
- Gonçalves, C. (2004). Caracterização da população residente em alojamentos não clássicos, nos Censos de 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36: 71-88.
- Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, S. (2007). Effective chronic disease management: patient's perspectives on medication-related problems. *Patient Education and Counseling*, 65(3): 407-415.
- Gray, D., Evans, P., Sweeney, K., Lings, P., Seamark, D., Seamark, C., Dixon, M. & Bradley, N. (2003). Towards a theory of continuity of care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4): 160-166.
- Green, M., Adelman, R., Friedmann, E. & Charon, R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social Science & Medicine*, 38(9): 1279-1288.
- Grilo, A. (2005). Os modelos de saúde – suas implicações na humanização dos serviços de saúde. *Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 10(2): 1-13.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M. & Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *The British Journal of General Practice*, 50: 882-887.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2): 223-255.

- Guilbert, J. (1996). La fijación de normas es difícil pero posible. *Foro Mundial de la salud*, 16: 281-282.
- Guillemard, A. (1972). *Le Retraite: une mort sociale des conduites en situation de retraite*. Paris: Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- Guillemard, A. (1980). *La vieillesse et l'état*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Guillemard, A. (1986). *Le declin du social: formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gumperz, J. (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guthrie, B. & Wyke, S. (2006). Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners and patient's perceptions of when and how they matter, *Family Practice*, 7: 2-9.
- Ha, J. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1): 38-43.
- Haes, H. & Bensing, J. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education & Counseling*, 74 (3): 287-294.
- Haes, J., Ort, F., Oosterveld, P., Cate, O. (2001). Assessment of medical student's communicative behavior and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalizability coefficients. *Patient Education and Counselling*, 45: 35-42.
- Haig, B. (1995). Grounded theory as scientific method. *Philosophy of Education*, 28 (1): 1-11.
- Hall, E. (1981). *A Dimensão Oculta*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Hall, E. (1994). *A Linguagem Silenciosa*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Halter, J. (1999). The challenge of communicating health information to elderly patients: a view from geriatric medicine. In D. Park, R. Morrell & K. Shifren (eds.), *Processing of Medical Information in Aging Patients: Cognitive and Human Factors Perspectives* (pp.23-28). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hartog, C. (2009). Elements of effective communication - Rediscoveries from homeopathy. *Patient Education and Counseling*, 77: 172-178.
- Haug M. & Ory, M. (1987). Issues in elderly patient-provider interactions. *Research on Aging*, 9(1): 3-44.
- Hayes, K. (2005). Designing written medication instructions: effective ways to help older adults self-medicate. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(5): 5-10.

- Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. & Yao, X. (2008). Intervention for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(2).
- Healthways, A. (2003). *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. Phoenix: Arizona.
- Healthy (2010). *Healthy People 2010 – Final Review*, US: Department of health and human services.
- Heisler, M., Bouknight, R., Hayward, R., Smith, D., & Kerr, E. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision-making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 17: 243-252.
- Heje, H., Olesen, F. & Vedsted, P. (2010). Patients' assessment of general practitioners, Association with type of practice. *Ugeskr Laeger*. 172:1119–1126
- Henselmans, I., Heijmans, M., Rademakers, J., & Van Dulmen, S. (2014). Participation of chronic patients in medical consultations: Patients' perceived efficacy, barriers, and interest in support. *Health Expectations*, 18: 2375–2388.
- Hertenstein, M., & Weiss, S. (2011) (edt.). *The Handbook of Touch: Neuroscience, Behavioral, and Health Perspectives*. New York: Springer Publishing Company.
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Hesbeen, W. (1993). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hespanha, M. (1987). O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 195-210.
- Hespanha, M. (1994). Os sistemas informais de apoio aos idosos. Um estudo de caso. *Actas do Congresso da Semana do Idoso, Envelhecer: os desafios do séc. XXI*, Porto, pp. 103-117.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37(3): 239-252.
- Hojat, M., Louis, D., Maio, V. & Gonnella, J. (2013). Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality*, 28: 6-7.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38: 934–941.
- Holstein, M. & Minkler, M. (2007) Critical Gerontology: Reflections for the 21st Century. In M. Bernard & T. Scharf (eds.), *Critical Perspectives on Ageing Societies* (pp.13-26). Cambridge: Polity Press.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projeto*. Loures: Lusociência.

- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Humphreys, J. (2002). *The role of questions and answers in doctor-patient interaction: a study of consultations between a consultant oncologist and three cancer patients*. Dissertação.
- Hunsberger, B. (1985). Religion, age, life satisfaction and perceived sources of religiousness: A study of older persons. *Journal of Gerontology*, 40: 615-620.
- Hwang, S., Tram C. & Knarr, N. (2005). The effect of illustrations on patient comprehension of medication instruction labels. *Family Practice*, 6(1): 26-3.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P., & Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging and Mental Health*, 7: 186–194.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P. & Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development, and properties of a need's satisfaction model (CASP-19). *Ageing Mental Health*, 7(3): 186-194.
- Imamura, K. (1995). El mercado ofrece las mejores soluciones. *Foro Mundial de la Salud*, 16(3): 259-261.
- Infante, F., Proudfoot, J., Davies, G., Harris, M., Bubner, T., Holton, C. & Beilby, J. (2004). How people with chronic illness view their care in general practice: a qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 18 (2): 70-73.
- Inglehart, R. (1991). *Em cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas, *Atualidades do INE*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções da população Residente 2015-2080. *Destaque*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2018b). Saldo natural negativo pelo nono ano consecutivo- 2017, *Destaque*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística, (2018a). *Península ibérica em números – 2017*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Iturra, R. (1986). Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In A. Silva, & J. Pinto (org.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 149-159). Porto: Edições Afrontamento.

- Jagt, R., Winter, A., Reijneveld, S., Hoeks, C., & Jansen, C. (2016). Development of a communication intervention for older adults with limited health literacy: photo stories to support doctor–patient communication. *Journal of Health Communication*, 21(2): 69-82.
- Jahng, K., Martin, L., Golin, C. & DiMatteo, M. (2005). Preferences for medical collaboration: Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 57: 308-314.
- Johnson, M., Griffiths, R. & Langdon, R. (2005). Risk factors for an untoward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia. *Public Health Nursing*, 22(1): 36-44.
- Jung, H., Wensing, M., Olesen, F. & Grol, R. (2002). Comparison of patients and general practitioners evaluations of general practice care. *Quality & Safety in Health care*, 11: 315-319.
- Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (1999). *Essentials of Clinical Geriatrics*. McGrawHill Companies.
- Kaplan, R. & Simon, H. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12(2): 66-71.
- Kaplan, S., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W. & Ware, J. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 124(5): 497–504.
- Katz, M., Jacobson, T., Veledar, E. & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6): 782–786.
- Kidd, J., Patel, V., Peile, E., & Carter, Y. (2005). Clinical and communications skills: Need to be learnt side by side. *BMJ*, 330 (7488): 374-375.
- Kim, S., & Yu, X. (2010). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: a short report. *Aging & Mental Health*, 14(7): 870-873.
- Kivits, J. (2004). Researching the ‘informed patient’: The Case of Online Health Information Seekers. *Information, Communication & Society*, 7(4): 510-530.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2): 251-258.
- Knapp, M. (1988). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28: 18-28.
- Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Kourkouta, L. & Papathanasiou, I. (2014). Communication in nursing practice, *Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia, and Herzegovina*, 26(1): 65-67.

- Krahn, M. & Naglie, G. (2008). The next step in guideline development: Incorporating patient preferences. *The Journal of the American Medical Association*, 300(4): 436-438.
- Kreps, G., Bonaguro, E. & Query, J. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. Jackson & B. Duffy (Eds.), *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (pp.1-15). Westport: Greenwood Press.
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, M., Henderson L., Praska, J., Strawder, A., Katz, M. & Jacobson, T. (2007). Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education Counseling*, 66: 368-77.
- Krupat, E., Bell, R., Kravitz, R., Thom, D., & Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice*, 50(12): 1057–1062.
- Krupat, E., Rosenkranz, S., Yeager, C., Barnard, K., Putman, S. & Inui, T. (2000). The practice of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction, *Patient Education Counseling*, 39(1): 49-59.
- Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J., (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. San Francisco: Radcliffe Publishing.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Lage, I. (1996). *A empatia e a comunicação não-verbal nas perspetivas da enfermeira e do cliente*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Lang, F., Floyd, M. & Beine, K. (2000). Clues to patient's explanations and concerns about their illness: a call for active listening. *Archives of Family Medicine*, 9(3): 222-227.
- Lange, I., Myhren, H., Ekeberg, O. & Stokland, O. (2006). Patient`s satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff. *Patient Education and Counseling*, 63: 118-125.
- Lataef, F. (2011). Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 4(2): 163-167.
- Lawton, M. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4):349-357.
- Lawton, M. (1991). A multidimensional view of Quality of Life in frail elderly. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Eds.), *Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly* (pp.3-27). San Diego: Academic Press.

- Le Breton, D. (1999). *Do Silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Le Breton, D. (2007). *La sociologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France
- Le Breton, D. (2009). *Les passions ordinaires: anthropologie des émotions*. Paris: Armand Colin
- Leandro, M. (1994). Inter-confluencias. Idoso-modernidade. *Cadernos do Noroeste*, 700(2): 55-67.
- Leandro, M. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lee, A., Siu, S., Lam, A., Tsang, C., Kung, K. & Li, P. (2010). The concepts of family doctor and factors affecting choice of family doctors among Hong Kong people. *Hong Kong Medical Journal*, 16(2): 106-15.
- Leite, S. & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3): 775-782.
- Lessard-Hérbert, M. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lèvefre, F. (1983). A função simbólica do medicamento. *Revista de Saúde Pública*, (15): 500- 503.
- Levenstein, J., McCracken, E., McWhinney, I., Stewart, M. & Brown, J. (1986). The patient-centered clinical method: 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3: 24-30.
- Levin, L. (1995). Medicina sin mística. *Foro Mundial de la Salud*, 16(3): 262-265.
- Levinson, W. & Roter, D. (1995). Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(7): 375-379.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R. & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1021-1027.
- Lewis, C., Wickstrom, G., Kolar, M., Keyserling, T., Bogнар, B., Dupre, C. & Hayden, J. (2000). Patient preferences for care by general internists and specialists in the ambulatory setting. *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 75-83.
- Ley, P. (1988). *Communicating with Patients: improving communication, satisfaction, and compliance*. London: Croom Helm.
- Liang, C-Y., Wang, K-Y., Hwang, S-J., Lin, K-C. & Pan, H-H. (2013). Factors affecting the physician-patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: an observational study. *British Journal of General Practice*, 63(610): 354–360.
- Lipovetsky, G. (2000). Sedução, publicidade e pós-modernidade. *Revista FAMECOS*, 12: 7-13.
- Liu, B.-C. (1976). *Quality of life indicators in US metropolitan areas: a statistical analysis*. New York: Praeger.

- Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012). Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp.203-229). Lisboa: Lidel.
- Lopes, F. (2016). Por uma comunicação de saúde. Artigo de opinião do *Jornal de Notícias*, 22 de junho de 2016.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-utente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.
- Lopes, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, P. (2008). Crescimento sustentado do medicamento. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 82, 43.
- Lucas, R. & Monjardino, M. (2010). *O estado da reumatologia em Portugal*. Porto: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- Macdonald, E. (2004). An introduction to basics. In E. Macdonald (Ed.), *Difficult conversations in medicine* (pp. 1-4). London: Oxford University Press.
- Macedo, A. & Azevedo, M. (2009). Relação Médico Utente. In C. Oliveira (coord.), *Manual de Ginecologia* (pp. 59-79). Coimbra: Permanyer Portugal.
- Machado, H. (2003). *Ciências e Humanismo: novo paradigma da relação médico doente*. Coimbra: Almedina.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them, *BJM*, 26 (325): 697-700.
- Main, C., Buchbinder, R., Porcheret, M. & Foster, N. (2010). Addressing patient's beliefs and expectations in the consultation. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 24(2): 219-225.
- Makoul, G., Brunett, P., Campbell, T., Cole-Kelly, K. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76(4): 390-393.
- Margalit, A., Glick, S., Benbassat, J. & Cohen, A. (2004). Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 485-491.
- Marshall, M. & Bibby, J. (2011). Supporting patients to make the best decisions. *BMJ*, 342: 775-777.
- Martensson, L. & Hensing, G. (2012). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1): 151-160.
- Martin, I., Duarte, V., Póvoa, V. & Duarte, N. (2009). *Perfil de necessidades e QdV das pessoas em processo de envelhecimento do concelho de Guimarães: QOL 55+*. Porto: UNIFai, Universidade do Porto.

- Martin, I., Santinha, G., Rito, S. & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*, número temático: Envelhecimento Demográfico, 2: 177-203.
- Martins, M. (1990). O modo superlativo de enunciar a nossa identidade: português, logo católico, *Cadernos do Noroeste*, 3 (1-2): 163-175, Braga: CCHS.
- Martins, P. (2003). *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Martins, R. (1999). Os idosos e as atividades de lazer. *Revista do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, pp. 243-251.
- Martins, R. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *Millenium*, 38: 243-251.
- Martins, R. (2010). Os idosos e as atividades de lazer. *Millenium – Jornal of Education, Technologies and Health*, 38 (15): 243-251. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8260>
- Martins, R. & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos Sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 29: 249-254.
- Mascaro, S. (2004). *O que é velhice*, São Paulo: Brasiliense.
- Massarollo, M.; Saccardo, D. & Zoboli, E. (2006). Autonomia, privacidade e confidencialidade. In T. Oguisso, E. Zoboli (orgs.), *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde* (pp. 136-152). São Paulo: Editor Manole.
- Mateus, A., Ramalho, E., Oliveira, H., Rodrigues, H. & Ferreira, R. (2017). *Setor privado da saúde em Portugal*. Sociedade de Consultores Augusto Mateus e Associados.
- Matos, A. & Perufo, K. (2016). O mais importante é ter saúde: representações sociais sobre o envelhecimento positivo. In L. Faria, L. Calábria & W. Alves (Org.). *Envelhecimento: Um olhar Interdisciplinar* (pp.44-61). S. Paulo: Editora HUCITEC.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- May, C. (1990). Research on nurse-patient relationship: problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3): 307-315.
- McCaffery, K., Smith, S. & Wolf, M. (2010). The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. *Medical Decision Making*, 30 (1): 35-44.
- McGregor, S. (2006). Rules, power and subjective choice. *Patient Education and Counseling*, 60(1): 5-9.

- Mckenzie, P. (2002). Communication barriers and information-seeking counterstrategies in accounts of practitioner-patient encounters. *Library and Information Science Research*, 24: 31-47.
- McWhinney, I. (2010). *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Mead, M. (1937). *Competition among primitive peoples*. EUA: McGraw-Hill Book Company.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centeredness: a conceptual Framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51: 1087-1110.
- Mehmet, A.K., Cinar, O., Sutçigil, L., Congologlu, E., Hacıomaroglu, B., Canbaz, H., Yaprak, H., Jay, L. & Özmenler, K. (2011). Communication skills training for emergency nurses. *International Journal of Medical Sciences*, 8(5): 397-401.
- Mehrabian, A. (2007). *Nonverbal communication*. Piscataway: Aldine Transaction.
- Melo, M. (2005). *A comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Menéndez, M. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social*, 42(184): 757-787.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Merriam, S. (1998). *Qualitative research and case study applications in education: Revised and expanded from case study research in education*, San Francisco: Jossey – Bass.
- Minayo, M., Hartz, Z., & Buss, P. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18.
- Ministério da Saúde. Direção-Geral (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.
- Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente: da antiguidade ao renascimento*. Lisboa: Teorema.
- Molzahn, A., Skevington, S., Kalfoss, M. & Makaroff, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19(2): 293-298.
- Morrison, P. (2001). *Para compreender o doente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Murray, E., Pollack, L., White, M. & Lo, B. (2007). Clinical decision-making: patient's preferences and experiences. *Patient Education Counseling*, 65(2): 189-196.
- Murray, M., Morrow, D., Weiner, M., Clark, D., Tu, W., Deer, M., Brater, D., & Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2(1): 36-43.
- National Health and Medical Research Council (2004). *General guidelines for medical practitioners on providing information to patients*. Australian Government.

Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2): 297-322.

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Novo, R. (2000). *Para além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para a obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica.

Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.

Nunes, J. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: s/n.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12): 2072-2078.

NVIVO (2014). *NVIVO 10 for Windows 1999-2014 QSR International*. Obtido de: [www.qsrinternational.com](http://www.qsrinternational.com)

Observatório Nacional das Doenças respiratórias (2018). *Panorama das doenças respiratórias em Portugal. O estado da saúde em Portugal*. 13º Relatório, ONDN.

Observatório Nacional de Saúde (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental*. Lisboa: ONSA.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10/30 Anos: Razões para continuar - Relatório de Primavera 2009*. Observatório Português de Sistemas de Saúde

Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Okamoto, S. (2007). Transformations in doctor-patient communication in Japan: The role of cultural factors. *Patient Education and Counseling*, 65(2): 153-155.

Oliveira, M. (2010). Evolução da oferta. In J. Simões & A. Lourenço (eds.), *30 anos do SNS: um percurso comentado* (pp. 271-296). Coimbra: Almedina.

Ong, L., Haes, J., Hoos, A., & Lammes, F., (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7): 903-918.

Ong, L., Visser, M., Lammes, F. & Haes, J. (2000). Doctor-Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41: 145-156.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Lisboa: Grafinter, Sociedade Gráfica Lda.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2001). *Citizens as partners. Information, consultation, and public participation in policymaking*. Paris: OCED.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD.
- Organização das Nações Unidas (2002). *Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento*. Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal.
- Organização Mundial de Saúde (1948). *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Guia global das cidades amigas dos idosos*, Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*, Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Orlandi, E. (1996). *A linguagem e o seu funcionamento: as formas do discurso*. Campinas: Pontes.
- Ory, M., Hoffman, M., Hawkins, M., Sanner, B. & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), Supplement 2: 164–171.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar e Pessoa em fase terminal – perspectiva ética*. Loures: Editora Lusociência
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N. & Azevedo, A. (2017). Prevalência da literacia em saúde inadequada em Portugal medida com o *Newest Vital Sign*, *Acta Médica Portuguesa*, 30(12): 861-869.
- Parikh, N., Parker, R., Nurss, J., Baker, D., & Williams, M. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education & Counseling*, 27(1): 33–39.
- Parsons, T. (1951). *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- Paschoal, S. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, P. Py, A. Neri & F. Cançado. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 79-84). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*, 15: 275-288.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado J. (2005). A satisfação e qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestações de Cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, P. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pease, A. & Pease, B. (2005). *Desvendar os segredos da linguagem corporal*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Pedro, A., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3): 259-275.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (2003). *The New Consultation: developing doctor-patient communication*. Oxford University Press.
- Pereira, J. (1987). Será possível uma nova medicina? In *Revista Critica de Ciências Sociais*, 23:185-191, Coimbra: CIES.
- Pereira, L. (1993). Medicina Paralela e Prática Social. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 14: 159-175.
- Pereira, M. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de centro de saúde da zona norte. *Análise Psicológica*, 1 (20): 35-43.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central em enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura nos últimos 20 anos*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phern- Chern, T. (2001). New challenges of the doctor-patient relationship in the next millennium. *Singapore Medical Journal*, 42(12): 572-575.
- Pierre, W. (1991). *O corpo fala: a Linguagem silenciosa da comunicação não-verbal*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, D., Coutinho, S. & Resende, C. (2009). Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25: 405-17.
- Pinto, J. (1996). *Questões actuais de ética médica*. Braga: Editorial do Apostolado da Oração.
- Pio, A. (1998). *Comunicação e Medicina*. Coimbra: Virtualidades.
- Pita, J. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Debater a Europa*, 2/3: 38-55.

- Possamai, F. & Dacoreggio, M. (2007). A habilidade com o paciente no processo de atenção farmacêutico, *Trabalho, Educação, Saúde*, 5 (3): 473-490.
- Potter, P. (1999). *Fundamentos de enfermagem: conceito e procedimentos*. Loures: Lusociência
- Poyatos, F. (1994). *La comunicación no verbal*. Madrid: Istmo.
- Pritchard, P. (1995). Las expectativas de los pacientes vistas por los médicos. *Foro Mundial de la Salud*, 16(3): 278-281.
- Qualls, S., & Abeles, N. (2000). Psychology and the aging revolution. In S. H. Qualls, & N. Abeles (Eds.). *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life* (pp. 73-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Queirós, P. (2007). Prefácio II. In I. Fernandes (Ed.) *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7): 156-175.
- Ramos, V. (2008). *A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar*. Lisboa: VFBM Comunicação.
- Ramos, V., & Gonçalves, C. (2010). *Análise Especializada: Cidadania e Saúde*. Alto Comissariado da Saúde.
- Rao, J., Weinberger, W. & Kroenke, K. (2000). Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Family Medicine*, 9: 1148-1155.
- Rashid, A., Forman, W., Jagger, C. & Mann, R. (1989). Consultations in general practice: a comparison of patients and doctors' satisfaction. *BMJ*, 299(6706): 1015-1016.
- Ratzan, S., Payne, J., & Bishop, C. (1996). The status and scope of health communication, *Journal of Health Communication*, 1: 25-41.
- Rebelo, J. & Penalva, H. (2004). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade. In *II Congresso Português de Demografia*. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal.
- Reidl, D. & Schubler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2): 131-150.
- Reis, J. (1999). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- Renzi, C., Abeni, D., Picardi, A., Agostini, E., Melchi, C. F., Pasquini, P., Prudu, P., & Braga, M. (2001). Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *British Journal of Dermatology*, 145: 617-623.

- Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. London: Elsevier.
- Ribeiro, J. (2009). *Saúde: a liberdade de escolher*. Lisboa: Editora Grádiva.
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento ativo e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, número temático: envelhecimento demográfico, 2: 33-52.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. In O. Ribeiro (coord.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Richards, T. (2002). An intellectual history of NUD\*IST and NVivo. *International Journal of Social Research Methodology*, 5(3): 199-214.
- Ridd, M. & Shaw, A., (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561): 116–133.
- Rimal, R. & Lapinski, M. (2009). Why health communication is important in public health, *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (4): 247.
- Rito, S. & Martin, I. (2011). Situação Habitacional das Pessoas Idosas na Baixa Pombalina. In *Actas da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR: Território, Mercado Imobiliário e a Habitação*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Robinson, J. & Heritage, J. (2005). The structure of patient’s presenting concerns: the completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine*, 61(2): 481-493.
- Robinson, J. & Heritage, J. (2006). Physicians opening questions and patients’ satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60(3): 279-285.
- Rodriguez, H., Rogers, W., Marshall, R. & Safran, D. (2007). The effects of primary care physician visit continuity on patients experiences with care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6): 787-793.
- Rogers, C. (1975). *A terapia centrada no paciente*. Lisboa: Moraes.
- Rogers, C. (1980). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Editora Moraes.
- Rosa, T. & Benício, M. (2009). As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. *Envelhecimento & Saúde*, 47: 80-83.
- Rost, K. & Frankel, R. (1993). The introduction of the older patient's problems in the medical visit. *Journal of Aging and Health*, 5(3): 387–401.
- Roter D., Hall J., Kern D., Barker, L., Cole, K. & Roca, R. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155: 1877-1884.

- Roter, D. & Hall, J. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. London: Praeger.
- Roter, D. & Larson, S. (2001). The relationship between residents' and attending physicians' communication during primary care visits: an illustrative use of the Roter Analysis system. *Health Communication*, 13(1): 33-48.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1): 5-15.
- Roter, D., Stewart, M., Putnam, S., Lipkin, M., Stiles, W. & Inui, T. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277(4): 350-356.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful ageing. *The Gerontologist*, 37(4): 433-440.
- Rowe, J. & Khan, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237: 143-149.
- Ruão, T., Felisbela, L. & Marinho, S. (2012). Comunicação e Saúde, dois campos em intersecção. *Comunicação e Sociedade*, número especial, pp.5-7.
- Ruiz-Moral, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6(4): 159-167.
- Ruiz-Moral, R., Rodríguez, E., Torres, L. & Torre, J. (2006). Physician-patient communication: A study on the observed behaviors of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3): 242-248.
- Sabara, M. (1995). Los pacientes jóvenes necessitam orientación. *Foro Mundial de la Salud*, 16(3): 273-275.
- Sacristan, J. (2013). Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. *Medical Informatics and Decision Making*, 13: 1-8.
- Safran, D., Taira, D., Rogers, W., Kosinski, M., Ware, J. & Tarlov, A. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*, 47(3): 213-220.
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené, Badia, J., Pasarín-Rua, M.I., Iglesias-Pérez, B. & Casajuana-Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health, and costs. *Family Practice*, 23(3): 308-316.
- Santos, (2006). *Este consumo que nos consome: olhares para a sociedade de consumo atual*. Porto: Campo das Letras.
- Santos, A. (2008). Aderência à terapêutica. O Papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar. Entrevista a Dr. António Ferreira Santos. *Revista Fatores de Risco*, 11: 8-10.
- Santos, B. (1987). O estado, a sociedade e as políticas sociais. O caso das políticas de saúde, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 13-74, Coimbra: CES.

- Santos, B. (1989). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Afrontamento.
- Sartre, J.-P. (1998). *O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Schalock, R., Alonso, M. & Verdugo, M. (2003). *Calidad de Vida: Manual para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schefflen, A. (1964). The significance of posture in communication systems. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 27(4): 316-331.
- Schiavo, R. (2007). *Health communication: from theory to practice*. São Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Schiavo, R., Padgaonkar, D., Hoepfner, E., Boahemaa, O. Brandy, W., Ramesh, R. and Health Equity Initiative (2012-2017). Raising the Influence of Community Voices on Health Equity. *Journal of Communication in Healthcare*, New York. Obtido de: <https://www.healthequityinitiative.org/reports.html>
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education & Counseling*, 52(3):315–323.
- Schofield, T. (2004). Introduction. In E. Macdonald (Ed.), *Difficult conversations in medicine*. London: Oxford University Press.
- Sem, A. (2009). Capability and well-being. In M.C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life* (pp.30-53). Oxford: Clarendon Press.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3): 505-516.
- Serrão, C. (coord.) (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade – Manual de Boas Práticas*. Escola Superior de Educação e Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Shukla, A., Yadav, V. & Kastury, N. (2010). Doctor-patient communication: an important but often ignored aspect in clinical medicine. *Journal, Indian Academy of Clinical Medicine*, 11(3): 208-211.
- Silva, T., Dal-Pizzol, F., Bello, C., Mengue, S. & Schenkel, E. (2000). Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente, *Revista de Saúde Pública*, 34(2): 184-189.
- Silva, L. (2008a). *Saber prático de saúde: as lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, L., Vieira, C. & Soares, B. (2000). Práticas e Lógicas Quotidianas da Alimentação. *IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra. Retirado de [www.aps.pt](http://www.aps.pt)

- Silva, P. (2008b). A comunicação na prática médica: o seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24: 505-512.
- Silva, P., Luís, S. & Biscaia, A. (2004). A polimedicação: um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 20(3): 323-36.
- Simões, J. (2005). *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BJM*, 303(6814): 1385-1387.
- Sixsmith, J., Doyle, P., D'Eath, M. & Barry, M. (2014). *Health communication and its role in the prevention and control of communicable diseases in Europe – current evidence, practice, and future developments*. Stockolm: European Centre for Disease and Control.
- Skelton, J. (1999). Don't worry - I haven't a clue: aspects of doctor/patient communication. In *Actas do 4º Encontro Nacional do Ensino das Línguas Vivas no Ensino Superior em Portugal* (pp. 271-277). Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras, Instituto de Estudos Franceses.
- Smith, A., Williams, B. & Lo, B. (2011). Discussing overall prognosis with the very elderly. *The New England Journal of Medicine*, 365(23): 2149-2151.
- Smith, M. & Buckwalter, K. (1993). *Getting the facts: effective communicating with Elders*. University of Iowa: The Geriatric Mental Health Training Series for the Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence, College of Nursing.
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão*. Despacho nº 1696/2018, DR nº 35/2018, Série II, de 2018/02/15.
- Soares, (2002). *Medicamentos não prescritos – Aconselhamento farmacêutico*. Lisboa: Edição Farmácia Portuguesa.
- Sousa, L. Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37: 364-371.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 633-640.
- Stedford, A. (2000). A comunicação em caso de doença terminal e de morte in R. Corney (coord.), *O desenvolvimento das perícias de comunicação e de aconselhamento em medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stefanelli, M. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Editora Manole.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9): 1423–1433.

- Stewart, M., Brown, J., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L. & Sangster, M. (1999). Evidence on Patient-Doctor Communication. *Cancer Prevention & Control*, 3(1): 25-30.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9): 796-804.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C. & Freeman, T. (2006). *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. London: Radcliffe Medical Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Strauss, A. (1993). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1993). *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Street, M. (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9): 1424-1433.
- Street, R. (2003). Interpersonal communication skills in health care contexts. In: j. Greene & B. Burleson (Eds), *Handbook of Communication and Social Interaction Skills*. Mahwah (pp. 909-933). NJ: Erlbaum.
- Street, R., Krupat, E., Bell, R., Kravitz, R., & Haidet, P. (2003). Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship: Effect on Communication in Medical Encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8): 609-616.
- Street, R., Makoul, G., Arora, N. & Epstein, R. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes, *Patient Education and Counseling*, 74: 295-301.
- Sudore, R., Mehta, K., Simonsick, E., Harris, T., Newman, A., Satterfield, S., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S., Ayonayon, H. & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5): 770-776.
- Sullivan, L. M., Stein, M. D., Savetsky, J. B., & Samet, J. H. (2000). The doctor-patient relationship and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 15: 462-469.
- Tate, P. (2004). *Guia prático Climepsi da comunicação médico-doente*. Lisboa: Climepsi.
- Taylor, K. (2009). Paternalism, participation, and partnership – The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 7(4): 150-155.
- Teixeira, J. (2000). Problemas de comunicação em saúde e suas consequências. In I. Trindade. *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.

- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde. Relação Técnicos de Saúde-Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3): 615-620.
- Thorne, S., Bultz, B. & Baile, W. (2005). In there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 14(10): 875-884.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4): 1646-1658.
- Travaline, J., Ruchinskas, R. & D'Alonzo, G. (2005). Patient-Physician Communication: why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1): 13-18.
- Tresolini, C. & the Pew-Fetzer Task Force (1994). *Health professions education and relationship-centered care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.
- Turner, B. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
- van Eijken, M., Tsang, S., Wensing, M., de Smet, P. & Grol, R. (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: a systematic review of the literature. *Drugs Aging*, 20(3): 229-240.
- Vaughan, B. (1991). Patient education in therapeutic nursing. In R. McMahon & A. Pearson (Org.), *Nursing as therapy* (pp.85-101). London: Chapman & Hall.
- Veenhoven, R. (2004). Subjective Measures of Well-Being. In McGillivray, M. (Eds). *Human Well-Being* (pp. 214-239), London: Palgrave Macmillan.
- Veloso, E. (2008). A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. *Actas do VI Congresso português*. Braga: Mundos Sociais, Saberes e Práticas
- Victorino, R., Jollie, C. & Mckimm, J. (2005). *O licenciado médico em Portugal*, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Vieder, J., Krafchick, M., Kovach, A., & Galluzzi, K. (2002). Physician-patient interaction: What do elders want? *The Journal of American Osteopathic Association*, 102(2): 73-78.
- Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A. & Wardle, J. (2007). Functional health and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12): 1086-1090.
- Walker, A. & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6(2): 61-66.
- Walker, A. & Maeson, L. (2003). Social Quakity and Quality of Life. *Papel for ESPA-NET Conference*. Copenhagen, 13-15.

- Walker, A. (2002). Ageing in Europe: policies in harmony or discord? *International Journal of Epidemiology*, 31(4): 758-761.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1): 2-12.
- Wallace, L. (2004). The Impact of Limited Literacy on Health Promotion in the Elderly. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3): 1-4.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.
- Watzlawich, P. (1973). *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo de padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- Weil, P. (1991). *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal*. Petropolis: Editora Vozes.
- Wells, K. (1995). The strategy of grounded theory: possibilities and problems. *Social Work Research*, 19(1): 33-37.
- Wensing, M., Grol, R., Monfort, P. & Smits, A. (1996). Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of quality of care. *Quality in Health Care*, 5: 73 – 80
- WHOQOL (1994). Development of WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3):24-56. Obtido de: <http://doi.org/10.2307/41344692>
- WHOQOL (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10): 1403-1409.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3): 24-56.
- Williams, K. (2013). Evidence-based strategies for communicating with older adults in long-term care. *Journal of Clinical Practical Information*, 20(11): 507-512.
- Williams, S., Haskard, K. & DiMatteo, M. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions Aging*, 2(3): 453–467.
- Wilson, I., Schoen, C., Neuman, P., Strollo, M., Rogers, H., Chang, H. & Safran, D. (2007). Physician-Patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's Seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 6-12.
- Wolf, M., Davis, T., Shrank, W., Neuberger, M. & Parker, R. (2006). A critical review of FDA – approved Medication Guides. *Patient Education & Counseling*, 62(3): 316-322.

- Wong, S. & Lee, A. (2006). Communication skills and doctor patient relationship, *The Hong Kong Medical Diary*, 11(3): 7-9.
- World Health Organization (1990). *Healthy Aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (1993). *Doctor-patient interaction and communication*. Geneve: Division of Mental Health, World Health Organization.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (2002a). *Vieillir en Restant Actif: Cadre d' Orientation*, Genebra, OMS.
- World Health Organization (2002b). *Active Ageing: a Policy Framework*. Genebra
- World Health Organization (2002c). Promoting rational use of medicines: core components, *WHO Policy Perspectives on Medicines*, 5: 1-6.
- World Health Organization (2003a). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, Geneve: WHO.
- World Health Organization (2003b). *Skills for Health*, WHO: information series on school health.
- World Health Organization (2013a). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2013b). *Universal Eye Plan a Global Action Plan 2014-2019*.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health* (vol.1)
- World Health Organization (2017). *Strategic communications framework for effective communication*.
- Y. (1984). *La nouvelle communication*. Editions du Seuil: Paris
- Zachariae, R., Pederson, C., Jensen, A., Ehrnrooth, E., Rossen, P. & Von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88: 658-66.
- Zamora, H., & Clingerman, E. (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(10): 41–51.
- Zandbelt, L., Smets, E., Oort, F., Godfried, M. & Haes, H. (2007). Patient participation in the medical specialist encounter: Does physicians' patient-centered communication matter? *Patient Education and Counseling*, 65: 396-406.
- Zhou, Q., Shen, J.-C., Liu, Y.-Z., Lin, G.-Z., Dong, H., Li, k. (2014). Effects of doctor-patient communication on quality of life among breast cancer patients in southern china. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15: 5639-5644.

## **Anexos**

## Anexo 1: Guião das entrevistas

Questões gerais		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual era a sua profissão?</li> <li>- Quantos anos têm?</li> <li>- Como está a sua saúde?</li> </ul>
Quotidiano	Alimentação	- Tem alguns cuidados com a alimentação?
	Atividades de ocupação diária	- Como ocupa o seu dia-a-dia?
	Medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando se sente maldisposto toma algum medicamento?</li> <li>- Costuma ler a bula médica? Porquê?</li> <li>- Quem lhe compra a medicação?</li> <li>- Quem lhe dá a medicação?</li> <li>- Cumpre as ordens médicas face à medicação? Porquê?</li> </ul>
Sociabilidades	Missa	- Costuma ir à missa? Porquê e com quem vai?
	Passeios	Costuma ir passear? Com quem e onde vai?
	Atividades físicas e intelectuais	- O que faz no seu tempo livre?
	Transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem transporte próprio?</li> <li>- Utiliza mais o automóvel ou os transportes públicos? Porquê?</li> </ul>
	Movimentos associativos	- Pertence ou já pertenceu a alguma associação ou movimento associativo? Qual e porquê.
	Visitas	- Vista regularmente familiares e amigos? Ou é visitado por eles?
Comunicação com o médico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percebe tudo o que o médico lhe diz?</li> <li>- Quando tem alguma dúvida questiona o médico?</li> <li>- O médico explica-lhe o que tem?</li> <li>- O médico usa/ já usou alguma palavra que não entenda?</li> <li>- Já sentiu dificuldades em entender o médico?</li> <li>- Já sentiu dificuldades em fazer-se entender pelo médico?</li> </ul>
Relação com o médico		<ul style="list-style-type: none"> <li>- De quanto em quanto tempo vai ao médico? Porquê?</li> <li>- Habitualmente cumpre o que o médico lhe diz?</li> <li>- Que relação tem com o seu médico?</li> <li>- O tempo que fica no consultório médico é suficiente?</li> <li>- Conseguia viver sem um médico?</li> </ul>
Comunicação com o enfermeiro		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percebe tudo o que o enfermeiro lhe diz?</li> <li>- Quando tem alguma dúvida questiona o enfermeiro?</li> <li>- O enfermeiro costuma explicar-lhe o que tem?</li> <li>- Percebe tudo o que o enfermeiro lhe diz?</li> <li>- Já sentiu dificuldades em entendê-lo? E em fazer-se entender pelo enfermeiro?</li> </ul>
Relação com o enfermeiro		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem enfermeiro de família? Costuma visitá-lo? Porquê?</li> <li>- Habitualmente cumpre o que o enfermeiro lhe diz?</li> <li>- O tempo que passa com o enfermeiro é suficiente?</li> <li>- Conseguia viver sem um enfermeiro?</li> <li>- Quais as características de um bom enfermeiro?</li> </ul>
Postura perante a vida	Saúde/ Doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sente quando está doente?</li> <li>- Cada um é o seu melhor médico? Porquê?</li> </ul>
Apoio		<ul style="list-style-type: none"> <li>- A quem recorre na doença?</li> <li>- Com quem vai ao médico?</li> <li>- Se tiver alguma dúvida sobre medicação, tratamento ou doença a quem pergunta?</li> </ul>

## Anexo 2: Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Participante,

Sou aluna do doutoramento na Universidade do Minho, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade e Bolseira de Investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/ /) e estou a desenvolver um estudo sobre a comunicação em saúde e a influencia desta na qualidade de vida dos utentes idosos. Esta investigação é importante porque pretende averiguar a influência do médico e do enfermeiro no idoso, nomeadamente na adoção de comportamentos adequados ao nível da saúde, da doença, da medicação, da alimentação e de ocupações diárias.

A sua participação no estudo não envolve qualquer risco, sendo apenas solicitado a realização e gravação de uma entrevista. As suas informações são estritamente confidenciais e está garantido o anonimato.

A participação no estudo é voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento. Deste modo, solicito o seu consentimento por escrito em como aceita participar no estudo, depois de devidamente informado e esclarecido.

Agradeço a disponibilidade.

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e aceito a participação no estudo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do Investigador  
Tânia Maria von Stein Palmeira  
Contacto: 96352

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Cardiovascular	Tensão Arterial		"... eu tomo comprimidos para a tensão..."	Alice
			"... tomo um [comprimido] para a tensão..."	António
			"...tomo <i>osapulus</i> que é pra tensão alta, tomo outro, o <i>zanipid</i> que também é pra tensão alta"	Carolina
			"Tenho prai umas poucas de doenças, tensões altas, colesterol, tenho a gastrite no estomago..." "A tensão está controladinha"	Deolinda
		"Tomo para a hipertensão" "Em fevereiro fiz um cateterismo cardíaco com angioplastia e colocação de <i>setent</i> . Estou em reabilitação e dizem que estou bem" "Há dias tive um problema numa coronária, fiz um cateterismo, e estou bem"		Eduardo
			"Remédio da tensão, do colesterol e mais nada" "Eu tomo pra tensão e pro colesterol"	Eva
			"... não sei se é do sistema nervoso, sobe-me [a tensão]" "A tensão sempre foi pro baixo agora, às vezes, está assim um bocadinho alta, também é uma questão nervosa, tenho dias que ando assim mais agitada, conforme a gente o vê [marido], tenho pena, a gente vê pessoas de mais idade que andam bem"	Guida
			"... tomo comprimido pros diabetes e hipertensão..."	José
			"Os meus remédios são para a tensão" "Só tenho a tensão um bocado alta"	Rita
			"... tenho a tensão alta..."	Rodrigo
			"Mexeu comigo, tensão alta..."	Samuel
	"A minha tensão se eu me enervar um bocado está logo a subir"	Sónia		
	"A minha tensão se eu me enervar um bocado está logo alta..."	Teresa		

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Cardiovascular	Coração		“Tenho pouca coisa, sofro do coração e da coluna. Não tenho mais nada”	Isabel
	Doença coronária	“Há dias tive um problema numa coronária, fiz um cateterismo, e estou bem” “... fiz um cateterismo cardíaco com angioplastia e colocação de <i>setent</i> . Estou em reabilitação e dizem que estou bem”.		Eduardo
		“O principal [problema de saúde] foi um enfarte no ano 2000, no dia 31 de julho” “Quando me deu o enfarte ( ... )” “Se eu sou cardíaco toca a fazer-me um eletrocardiograma”	“A minha doença principal é do coração” “Tenho uma artéria que estava entupida e foi substituída por um tubinho... não me lembro do nome”	Luís
			“Tenho problemas cá no coração” “O meu problema sempre foi o coração. Quando a médica me consultou estava a 40, estava muito lento” “Só fui operado para me meterem uma pilha [no coração]” “Fui operado ao coração e tenho consultas regulares” “Eu só tomo comprimidos para a tensão e tomo uma aspirina todos os dias para o coração, diz que é para dilatar o sangue, não sei”	Miguel
Endocrinologia e Metabolismo	Diabetes	“... tenho um problemazito de diabetes, sou diabético, mas sou um diabético de medicação”		Camilo
				Carolina
				Céu
		“Sou diabética” “Já sou diabética há 25 anos e graças a Deus ainda aqui estou”	“... oito [comprimidos] são para os diabéticos e o resto são para o sangue gordo...”	Conceição
		“Diabetes tipo II, hipertensão...”		Eduardo
		“Tenho [diabetes] mas até são leves...”		José
		“... [a médica] nunca me disse que eu tinha diabetes e eu tinha”		Rodrigo

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso	
Endocrinologia e Metabolismo	Tiroide		"... tomo tirox que é um compensador, como não tenho tiroide, tenho que tomar todos os dias aquele comprimido de manhã, em jejum"	Carolina	
			"Mandou-me [médica de família] fazer uns exames para ver como está a tiroide..."	Céu	
	Hipercalémia		"Não posso comer muita fruta, laranjas, quivis, tenho muito potássio"	Rodrigo	
	Colesterol			"... tomo para o colesterol"	Alice
				"... e o resto [dos medicamentos] são para o sangue gordo"	Conceição
				"Tenho praí umas poucas de doenças (...) colesterol" "É a única coisa que mais eu tenho conta é no colesterol"	Deolinda
				"A última vez que lá fui tinha o colesterol muito alto" "Fui fazer análises e tinha colesterol também e sangue gordo" "Remédio da tensão, do colesterol e mais nada" "Eu tomo pra tensão e pro colesterol"	Eva
Gastrointestinal	Estômago	"Eu tenho uma astrite"		António	
		"Outra coisa que eu também tive ruim e escusava de chegar a tanto foi a gastrite" "Fiz o exame e acusou logo gastrite crónica"		Deolinda	
			"... agora já não sofro tanto, do estomago desde que tive os meus filhos fiquei toda inflamada, mas o médico diz que sarava" "O meu estômago já não tenho tão inflamado..."	Glória	
	Intestinos			"... tive um problema nos intestinos..."	Alice
				"Tinha uma infeção nos intestinos..."	António
				"Eu é que estou pior, sofro dos intestinos" "Eu sofro muito dos intestinos"	Glória
				"Eu também sofro um bocado dos intestinos"	José

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Gastrointestinal	Vesícula		"... só depois soube que era por causa da vesícula..."	Céu
			"...eu até só devia comer uma[laranja] porque por causa do fígado porque não tenho vesícula"	Conceição
			"...tinha pedra na vesícula..."	Luís
Genito-urinário	Próstata		"E agora tinha que ser operado à próstata, mas tenho muita má circulação e não posso ser operado"	Rodrigo
	Bexiga		"Tomo <i>litropa</i> que é pra bexiga"	Carolina
			"...tive uma infeção na bexiga..."	Conceição
			"Quando estou atrapalhada dos nervos ou da bexiga..."	Glória
			"As vezes perco a noção de quando tenho que ir à casa de banho... [baixa a cabeça - silêncio]. Às vezes descuido-me... perco a noção. Agora poem-me uma fralda.... Já viu ao que cheguei? Agora que remédio... elas é que mandam.... Eu até percebo... o chichi sai sem eu querer..."	José
			"Da bexiga também já estive muito mal..."	Sónia
Rim		"Tinha uma infeção nos intestinos, nos rins..." "Quando ando muito abaixado dói-me muito os rins."	António	
Hematológico	Plaquetas do sangue		"Tenho um problema nas plaquetas do sangue, estão um bocadinho altas" "O problema das plaquetas, já ando praí há dois anos a tratá-las e o problema é que eles ainda não descobriram o porquê, que eu saiba"	Luís
	Trombose		"Ando bem doente dos ossos, ando à rasca, diz que me deu uma trombose numa perna..."	Teresa
			"... tem dado muitas tromboses e <i>flavites</i> ..."	Sónia
	Má circulação		"...tenho má circulação..." "O problema é que me incham os pés não a andar. (...) Agora até pus uma almofada na cadeira para ficar mais alta e os pés ficarem mais altos e o sangue circular"	Luís

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso	
Hamatológico	Má circulação		“E agora tinha que ser operado à próstata, mas tenho má circulação e não posso ser operado” “É má circulação do sangue...”	Rodrigo	
Neurológico	Cérebro		“Eles dizem que foi um... qualquer coisa cerebral”	Carolina	
			“Sou frágil da cabeça, do cérebro”	Deolinda	
			“... agora ando sempre com dores de cabeça...”	Eva	
	Stresse		“De resto, tenho os problemas que tenho, dá-me aqui uma dorzita do lado esquerdo [peito], são artérias mais apertadas, é uma questão de stresse, mas não me assusto assim facilmente” “A tensão sempre foi pro baixo agora, às vezes, está assim um bocadinho alta, também é uma questão nervosa, tenho dias que ando assim mais agitada, conforme a gente o vê [marido], tenho pena, a gente vê pessoas de mais idade que andam bem” “... não sei se é do sistema nervoso, sobe-me”	Guida	
	Epilepsia	- “Tenho epilepsia, é os nervos, mas tomo medicação”	“Às vezes também é os nervos, há dias que eu ando muito nervoso, muito nervosa, ai Jesus como eu estou, começo logo a suar, a suar... é duas e três camisolas interiores que tiro fora” “Às vezes sinto-me atrapalhada, são os nervos, mas o que havemos de fazer?” “O meu mal são estas zoadas..., mas eu acho que não tinha assim tanto. É dos barulhos”	Glória	
	Falta de memória			“Eu, às vezes, perco-me na memória, faço um esforço titânico para me lembrar de tudo”	Camilo
				“Não tenho lá muito boa memória”	Conceição
			“Esquece-me muito, aos novos esquece, o que fará a mim”	Eva	

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Neurológico	Falta de memória		“Ela [médica] a mim explica-me pouco porque eu ouço um bocadinho mal e esquece-me muito” “Eu se for preciso, chego cá fora [do consultório médico] e já não sei, embora me venha a lembrar algumas coisas que ele disse [médico], já não sei direito”	Rodrigo
			“... às vezes esquece-me o que ela [médica de família] diz...” “Esqueço-me muito das coisas”	Teresa
	Dores de cabeça		“Sou frágil da cabeça...”	Deolinda
			“... ando sempre com dores de cabeça...”	Eva
Oftalmológico	Olho	“Lembro-me de já bem grande ir a um oftalmologista por causa do estigmatismo que ainda tenho e no meu caso deforma a imagem”		Camilo
			“... desde que me deu isto [AVC] fiquei a ver mal e ouço mal deste ouvido [aponta pro ouvido], afetou-me muito ...”	Carolina
		“Tenho um <i>glcoma</i> numa vista que dá para a cegueira”		Sónia
Osteoarticular	Anca		“Tenho estas dores que tenho sempre nos ossos. Não ando muito boa da anca” “Eu não andava direito por causa da anca, mas melhorei muito”	Deolinda
			“O que me dói mais é a coluna, as ancas... são os ossos”	Eva
	Joelho	“...verificou que nas radiografias tinha uns princípios de artroses nos dois joelhos...”		Camilo
			“Não posso é andar a pé, dói-me um joelho...”	Eduardo
			“Dos joelhos não ando bem” “Não posso fazer sangue nem me curar mal porque os ossos são moles...” “Ando bem doente dos ossos, ando à rasca”	Sónia
	Perna		“Treme-se muito as pernas, tenho pouco cálcio nos ossos”	Glória
			“Já estou preso das pernas” “... sinto-me é muito fraco das pernas, não me seguro em pé...”	José

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Osteoarticular	Perna		“Agora as pernas não preguiçosas, não querem mexer...”	José
			“A perna incha-me bastante...” “O problema é que me incham os pés não a andar. Eu ando todo o dia e os pés mantem-se normais, é ali sentado no computador, fico com os joelhos dobrados. Agora até pus uma almofada na cadeira para ficar mais alta e os pés ficarem mais altos e o sangue circular”	Lúis
			“Estão velhas as pernas”	Rita
			“Custa-me a andar das pernas, e dos braços estou mais ou menos bem, as pernas é que não querem andar”	Rodrigo
Osteoarticular	Costas		“Tenho pouca coisa, sofro do coração e da coluna. Não tenho mais nada”	Isabel
			“Ando mal das costas. Custa-me a andar das pernas, e dos braços estou mais ou menos bem, as pernas é que não querem andar” “Custa-me a andar da coluna, prende-me as pernas”	Samuel
			“Eram umas dores nas costas terríveis...”	Sónia
	Osteoporose	“Tenho osteoporose”		Carolina
		“Tenho osteoporose”		Céu
	Artrose			Camilo
				Carolina
				Céu
		“Você tem uma artrose muito grande [médica]”		Conceição
		“Tenho artroses”		Rodrigo
			Samuel	

### Anexo 3: Sintomatologia dos idosos

Subsistema	Órgão/ Sintoma	Doença	Indicador de Doença	Idoso
Osteoarticular	Reumatismo	“Tenho reumatismo”	“... dores de ossos, mas tudo devido à doença dele”	Guida
	Osso		“... e o enfermeiro tem-me dito que com estas fitas...tira um bocado as dores [braço paralisado por um AVC] mas...”	Carolina
			“A doutora disse «Olhe senhora Isabel, a sua doença é assim, é os anos em cima das costas. Contagioso não tem nada»”	Isabel
			“O que me dói mais é a coluna, as ancas... são os ossos”	Eva
			“...ando bem doente dos ossos...”	Teresa
	Falta cálcio		“Treme-se muito as pernas, tenho pouco cálcio nos ossos”	Glória
Otorrinolaringologia	Ouvido		“... desde que me deu isto [AVC] fiquei a ver mal e ouço mal deste ouvido [aponta pro ouvido], afetou-me muito”	Carolina
			“Eu vou ouvindo, só não ouço as coisas muito baixas...” “Não ouço 100% coisas muito baixinhas...”	Guida
			“Vejo bem. mas ouço mal”	José
			“... segundo o médico da urgência a que fui noutra dia porque não me sentia bem, tinha falta de ar, tenho problemas nos ouvidos, tenho que os tratar”	Luis
			“...eu ouço um bocadinho mal”	Rodrigo
	Nariz	“...tenho uma rinite alérgica bastante acentuada, mas tudo são coisas bem pequenas para o que se vê”		Alice
Respiratórios	Pulmões	“Tenho um bocadinho de bronquite” “Tenho uma rinite alérgica bastante acentuada, mas tudo são coisas bem pequenas para o que se vê” Alice		Alice
				António
			“E de noite com a falta de ar, que eu tinha muita bronquite...”	Conceição
Psiquiátrico			“... tomo antidepressivos, até porque é uma coisa que me afeta muito é a depressão”	Alice

#### Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/funcionário do apoio domiciliário

Comunicação não verbal		José	Antónia	Artur	Carolina	Significado da CVN	
CINESIA	Expressão facial	Face	- Olhar triste (1)	-Rosto levantado (2) -Olhar expressivo (sorridente) -Olhar triste (3) -Olhar agradecido (4)	- Rosto cabisbaixo (5) -Semblante carregado e olhar sofrido (6) - Sorriso fechado (7)	-Rosto levantado (2) -Olhar expressivo (sorridente) - Olhar para baixo, semblante carregado, lábios a tremer (8)	(1) Sofrimento (2) Bem-estar (3) Pudor (higiene) (4) Fim da higiene (5) Tristeza, não aceitação da doença (6) Sofrimento físico durante a limpeza da sonda (7) Tristeza (8) Tristeza quando se lembra da morte do filho
		Olhar	- Olhos baços (1) -Olhar agradecido (2): fecha os olhos (3)	- Olhos expressivos (4) -Segue trabalho das funcionárias (5)	- Olhos baços, semblante carregado (6) - Baixa o olhar, não olha nos olhos funcionárias (7)	- Olhos baços quando se lembra morte do filho (6) -Segue trabalho das funcionárias com atenção (5) - Olhar agradecido (2)	(1) Desânimo, tristeza (2) Fim higiene (3) Cansaço/ satisfação (4) Boa disposição, alegria (5) Interesse (6) Desânimo, tristeza (6) Interesse (7) Desalento, tristeza pela situação de doença em que se encontra
	Expressão corporal	Gestos: mãos	- Mãos pousadas na cama (5)	- Mexe muito as mãos principalmente durante a higiene (1) - Durante a higiene agarra nervosamente o lençol e tenta puxá-lo para cima (2)	Acena com as mãos no início e fim da limpeza da sonda às funcionárias (3)	Mexe as mãos ao falar (4)	(1) Vergonha pela aparência física (2) Pudor (3) Cumprimento (4) Ênfase na comunicação (5) Posição confortável
		Movimentos cabeça	Acompanha o trabalho funcionárias (1) -Recosta cabeça na almofada fim higiene (2)	-Acompanha o trabalho das funcionárias (1) -Recosta cabeça na almofada fim higiene (2)	- Abana a cabeça (2) - Baixa a cabeça (4)	- Acompanha o trabalho funcionárias (1)	(1) Interesse (2) Satisfação e bem-estar (3) Sofrimento físico, mal-estar (3) Tristeza/ desalento (4) Tristeza/ desalento
		Postura	- Deitado - Postura agitada durante a higiene (1)	- Deitada - Postura tensa durante a higiene (3) *	- A pé - Braços para baixo - Postura tensa (1)	- A pé -Sentada: corpo ligeiramente inclinado	(1) Sofrimento físico (2) Relaxado, confortável (3) Pudor

	corporal	- Corpo ligeiramente inclinado para trás no fim da higiene: recosta cabeça na almofada (2)	- Corpo ligeiramente inclinado para trás no fim da higiene (3) (4)	- Corpo ligeiramente inclinado para trás (4)	para trás (2)	(4) Afastamento, rejeição  *Tem alterações de humor, nem sempre está tensa durante a higiene
--	----------	--	--	--	---------------	--

Comunicação não verbal		José	Antónia	Artur	Carolina	Significado da CVN
PARALINGUAGEM	Tom de voz	Voz calma e suave	Rouca	Voz meiga, calma Voz trémula (1)	Voz trémula (2)	(1) Tristeza (2) Quando fala em situações da vida que a magoaram
	Riso	Ri (1)	Ri (1)	Não ri (2)	Ri muito/ Má disposição (3)	(1) Boa disposição (2) Sofrimento (3) Muda rapidamente de humor devido à demência de que sofre
	Suspirar	Às vezes (1)	Às vezes (1)	Bastante (1)(2)	Às vezes: quando fala em situações da vida que a magoaram (1)	(1) Tristeza/ desalento (2) Alívio
	Chorar	Às vezes (1)			Às vezes (1)	(1) Tristeza/ Desalento
	Gritar					
	Gemer	Durante a higiene (1)	Durante a higiene (2)		Durante a Higiene (3)	(1) Sofrimento físico (2) Pudor (3) Pudor e por se lembrar de algum episódio que a incomoda
	Sons vocais					
	Silêncio	Tristeza		Dor e recusa Indignação face à doença		
Respiração	Ofegante (1)	Normal	Normal Ofegante (1)	Ofegante (3)	(1) Sofrimento físico, mal-estar (2) Quando chora (3) Comoção	

#### Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/funcionário do apoio domiciliário

Comunicação não-verbal			Manuel	Elisa	Rosa	Bernardino	Funções da CNV
CINÉSIA	Expressão facial	Face	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	- Rosto levantado (1) -Olhar expressivo, (sorridente)	(1) Bem-estar
		Olhar	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção (2)	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção (2)		- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção (2)	(1) Boa disposição, alegria (2) Interesse
	Expressão corporal	Gestos: mãos	-Segura as mãos das funcionárias e faz festas (1) -Recebe e despede-se com dois beijos na face (2)	- Mãos no regaço (3)	- Mexe as mãos ao falar (6)	- Mexe na roupa (4) - Acena com as mãos no início e fim da higiene (5) - Mexe as mãos ao falar (6)	(1) Agradecimento (2) Educação, proximidade (3) Desinteresse, afastamento (4) Vergonha pela aparência física (5) Cumprimento (6) Ênfase na comunicação
		Movimentos cabeça	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	(1) Interesse, confortável
		Postura corporal	- A pé - Sentada: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	-Sentada: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	-Sentada: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	- Sentado: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	(1) Confortável, interesse
	PARALINGUAGEM	Tom de voz		Voz calma	Voz calma e baixa	Voz calma e grave	Voz aguda e sonora
Riso		Ri (1)	Ri (1)	Ri (1)	Ri: Dá gargalhadas constantes (2)	(1) Boa disposição (2) Está de bem com a vida/aceitação da sua situação (acamado)	
Suspirar							
Chorar							
Gritar							
Gemer							
Sons vocais							
Silêncio							
Respiração		Normal	Normal	Normal	Normal		

#### Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/ funcionário do apoio domiciliário

Comunicação não verbal		Armando	Hilário	Marta	Augusta	Funções da comunicação não-verbal	
CINÉSIA	Expressão facial	Face	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente)	(1) Bem-estar
		Movimento ocular	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção	- Olhos expressivos (1) -Fecha muitas vezes os olhos durante a higiene (2) - Olhar agradecido (3): fecha os olhos (4)	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção (5)	(1) Boa disposição, alegria (2) Pudor (3) Fim da higiene (4) Cansaço e satisfação (5) Interesse
	Expressão corporal	Gestos – mãos	- Mexe as mãos ao falar (1)	Mãos estão pousadas na cama (2)	- Durante a higiene agarra nervosamente o lençol e tenta puxá-lo para cima (3)	- Mexe as mãos ao falar (1) - Mãos no regaço (4)	(1) Ênfase na comunicação (2) Posição confortável (3) Pudor (4) Desinteresse
		Movimentos cabeça	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	- Acompanha o trabalho das funcionárias (1) -Recosta cabeça na almofada fim higiene (2)	- Acompanha o trabalho das funcionárias (1) -Recosta cabeça na almofada fim higiene (2)	Acompanha o trabalho das funcionárias (1)	(1) Interesse (2) Satisfação, bem-estar
		Postura corporal	- A pé - Sentada: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	- Deitado - Relaxado - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene e sorri (2)	- Deitada - Tensa durante a higiene: corpo ligeiramente inclinado para trás (3) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene e sorri (2)	- A pé -Sentada: corpo ligeiramente inclinado para a frente (1)	(1) Confortável, descansada (2) Satisfação e bem-estar (3) Pudor
	PARALINGUAGEM	Tom de voz		Voz forte	Voz rouca		Voz grave
Riso		Ri (1)	Às vezes	Ri (1)	Às vezes	(1) Boa-disposição	
Suspirar							
Chorar					Às vezes (1)	(1) Tristeza	
Gritar							
Gemer				Durante a higiene (1)		(1) Pudor	
Sons vocais				Durante a higiene (1)		(1) Pudor	
Silêncio							
Respiração		Normal	Normal	Normal	Normal Ofegante (1)	(1) Comoção	

#### Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/ funcionário do apoio domiciliário

Comunicação não verbal			Maria	Rui	Adelaide	Funções da CNV
CINÉSIA	Expressão facial	Face	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente) - Rosto cabisbaixo (2) -Semblante carregado e olhar sofrido, lábio a tremer (2)	-Rosto levantado (1) -Olhar expressivo (sorridente) -Semblante carregado e olhar sofrido (3) - Sorriso após a higiene (4)	- Rosto cabisbaixo (3) -Semblante carregado e olhar sofrido (3) -Olhar sofrido (3) - Sorriso fechado (5)	(1) Bem-estar (2) Tristeza quando fala da doença que têm e do sofrimento do marido ao vê-la naquele estado (3) Sofrimento físico (4) Bem-estar (5) Tristeza
		Olhar	- Olhos expressivos (1) - Fecha, muitas vezes, os olhos durante a higiene (2) - Segue o trabalho das funcionárias com atenção (3)	- Olhos expressivos (1) -Segue o trabalho das funcionárias com atenção (3)	- Olhos baços (4) - Olhos muito abertos (4)	(1) Boa disposição, alegria (2) Pudor (3) Interesse (4) Sofrimento físico
	Expressão corporal	Gestos: mãos	- Mexe as mãos ao falar (1) - Acena com as mãos no início e fim da higiene (2)	- Durante a higiene agarra-se à cama com força (3) - Afaga as mãos às funcionárias (4)	- Durante a higiene tenta agarrar as mãos e os braços das funcionárias com força (3) - Mexe as mãos constantemente (5) - Mexe no lençol constantemente (6)	(1) Ênfase na comunicação (2) Cumprimentar (3) Sofrimento físico (3) Cumprimento (4) Agradecimento (5) Nervosa (6) Pudor
		Movimentos cabeça	- Baixa a cabeça (1)	- Acompanha o trabalho das funcionárias -Recosta cabeça na almofada fim higiene (2)	- Mexe nervosamente a cabeça dum lado para o outro -Recosta cabeça na almofada fim higiene (3)	(1) Desalento pela situação em que se encontra/ marido (2) Satisfação e bem-estar (3) Descansar
		Postura corporal	- Sentada - Tensa: Corpo inclinado para trás (1) - Calma/relaxada (2)	- Deitado -Tenso (3) -Calma, recostado na cama (2)	- Sentada -Tensa, corpo muito inclinado para a frente (4) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene (5)	(1) Tristeza pela sua doença e pela situação do marido (2) Satisfação, bem-estar (3) Desconfortável, sofrimento físico (4) Evitar o trabalho do apoio e do consequente sofrimento (5) Descanso (debilidade física)
PARALINFLUJSTI	Tom de voz		Voz suave e meiga	Voz suave e meiga	Alto (1)	(1) Sofrimento físico
	Riso		Ri (1)	Ri (2)		(1) Boa disposição (2) Quando as funcionárias lhe fazem mimos

	Suspirar	Às vezes (1)			(1) Quando fala doença e do marido
	Chorar	Às vezes (1)			(1) Incapacidade; estorvo para a família
	Gritar			Durante toda a higiene	Sufrimento físico (corpo debilitado)
	Gemer			Durante toda a higiene	Sufrimento físico (corpo debilitado)
	Sons vocais				
	Silêncio	Comoção	Sufrimento (1)	Sufrimento (1)	(1) Físico durante a higiene
	Respiração	Normal Ofegante (1)	Ofegante (2)	Ofegante (2)	(1) Tristeza: quando chora (2) Sufrimento físico durante a higiene

#### Anexo 4: Comunicação não-verbal idoso/ funcionário do apoio domiciliário

Comunicação não verbal		Florinda	Palmira	Áurea	Graça	Carlos	Funções CNV	
CINÉSIA	Expressão facial	Face	-Semblante carregado e olhar triste (1) - Sorri	- Rosto levantado (2) - Sorriso fechado (3)	- Rosto cabisbaixo (3)(4) - Semblante carregado e olhar triste (3) - Sorri quando é vestida (2)	- Rosto cabisbaixo (3) -Semblante carregado e olhar triste (4) - Sorriso fechado (3)	- Rosto cabisbaixo (3) -Semblante carregado e olhar distante (5)	(1) Sofrimento físico (2) Bem-estar (3) Tristeza (4) Pudor (5) Tristeza, não aceitação da situação de acamado
		Olhar	-Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Fecha muitas vezes os olhos durante a higiene (2)	-Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Fim da higiene olha em frente, fixa o nada (3)	-Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Fecha muitas vezes os olhos durante a higiene (2)	-Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Fecha muitas vezes os olhos durante a higiene (4) - Fim da higiene olha em frente, fixa o nada (3)	-Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Baixa o olhar: não olha nos olhos funcionárias (2)	(1) Interesse (2) Pudor (3) Alheamento (4) Sofrimento físico
	Expressão corporal	Gestos: Mãos	-Mãos acompanham o corpo na horizontal	- Mexe num lenço que tem sempre nas mãos (1) - Mãos no regaço (2)	- Mexe muito as mãos - Mexe num lenço com as mãos (1)	- Mexe muito as mãos (3)	- Mexe as mãos ao falar (4)	(1) Pudor (2) Desinteresse (3) Sofrimento físico (4) Pudor e revolta
		Movimentos cabeça	- Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene (2)	- Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1)	- Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene (2)	- Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1)	- Segue o trabalho das funcionárias com atenção (1) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene (2)	(1) Interesse (2) Satisfação e bem-estar
		Postura corporal	- Deitada: corpo ligeiramente inclinado para trás (1) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene e sorri (2)	- Sentada: corpo ligeiramente inclinado para frente fim da higiene (3)	- Deitada: tensa durante a higiene (3) - Calma depois de ser vestida (2) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene e sorri (1)	-Deitada: tensa durante a higiene (5) - Calma depois de ser vestida (2) - Recosta a cabeça na almofada no fim da higiene (6)	- A pé - Agitado antes, durante e depois da higiene (7) - Corpo ligeiramente inclinado para trás no fim da higiene (8)	(1) Confortável, (2) Satisfação, bem-estar (3) Interesse (4) Pudor (5) Sofrimento físico (6) Descanso (7) Não aceitação do apoio: Pudor; Sofrimento (8) Rejeição, afastamento

Comunicação não verbal		Florinda	Palmira	Áurea	Graça	Carlos	Funções CNV
	Tom de voz	Adequado	Adequado	Alto (1)	Alto (1)	Voz aguda (2)	(1) Sofrimento físico (2) Ríspido e autoritário
	Riso	Ri (1)	Ri (1)	Ri (1)	Ri (1)	Ri (1)	(1) Boa Disposição
	Suspirar			Suspira bastante (1)(2)	Suspira bastante (2)	Suspira bastante (3) (4)	(1) Pudor/ vergonha (2) Alívio (3) Sofrimento físico (4) Impotência
	Chorar						
PARALINGUAGEM	Gemer	- Durante a higiene (1)		- Durante toda a higiene (2)	- Durante toda a higiene (1)		(1) Sofrimento físico (2) Pudor
	Sons vocais	No fim da higiene (1)		Tenta falar, mas é quase imperfeível			(1) Pedir o pequeno-almoço
	Silêncio				Sofrimento (1)	Sofrimento (2)	(1) Físico (2) Recusa, resistência
	Respiração	Ofegante (1)					(1) Muito constipada

### Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Adelaide	Antónia	Marta	Rui
Empática	Confidência				
	Satisfação	No fim da higiene sente-se reconfortada, deita a cabeça, fecha os olhos e tem uma expressão mais calma. Descansa.	Bem-disposta, ri-se muito para as funcionárias. Quando acaba a higiene deita a cabeça na almofada e sorri. Fica mais calma e bem-disposta.	- Sorriso no rosto, bem-disposta e simpática - Quando termina o apoio colocam-na no cadeirão, falam para ela e ela ri-se muito. Fica muito satisfeita no cadeirão, feliz. - Nota-se que apesar da vergonha que sente, pensa que o apoio é útil porque no fim ri-se muito, está muito bem disposta.	- Faz festas nas mãos das funcionárias. - Ri-se muito para elas - Fim higiene recosta a cabeça na almofada/ cadeirão e sorri.
	Familiaridade		Grande à vontade com o apoio		Grande à vontade com o apoio
	Incentivo	Funcionárias incentivam-na dizendo-lhe: “está quase a acabar”; “falta pouco”.		Funcionárias incentivam-na dizendo-lhe: “está quase a acabar”; “falta pouco”.	
Pudor			Quando está mais agitada não quer fazer a higiene, puxa constantemente a camisa de dormir para baixo e geme baixinho. Muda de atitude quando lhe vestem a camisa de dormir.	- Quando o apoio lá chega finge que está a dormir. Mal abre os olhos começa logo a puxar a camisa para baixo. Geme durante todo o apoio, está sempre aflita, ansiosa que acabe. As funcionárias são carinhosas, mas mesmo assim não para de gemer. Quando lhe limpam as partes íntimas geme ainda mais: mexe-se muito e fica muito agitada. - Não quer ser destapada. Fica aflita com o corpo à mostra. Muda de atitude quando é vestida.	
Colaboração			Colabora com o apoio	Colabora com o apoio	Colabora com o apoio
Imposta	Descontentamento	Berra durante todo o apoio todo e tenta agarrar as mãos das funcionárias – sofrimento físico			
	Desinteresse				
	Incooperação	Não coopera com as			

		funcionárias.			
	<b>Submissão</b>				
<b>Dificuldades em verbalizar</b>		Têm dificuldades em se expressar fazendo-o por sons monossilábicos			Percebe-se pouco o que diz por não ter dentes.

## Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Bernardino	Hilário	José	Artur
<b>Empática</b>	<b>Confidência</b>				
	<b>Satisfação</b>	- Rosto iluminado, ri constantemente	Bem-disposto, sorridente e muito simpático.	No fim da higiene fecha os olhos e recosta a cabeça na almofada com um grande sorriso no rosto.	
	<b>Familiaridade</b>	- A forma como interage com as funcionárias é demonstrativo da importância que atribui a esta relação. - Está sempre a perguntar às funcionárias se está bem vestido, bem penteado, se a roupa ficou bemposta.... Funcionárias brincam com ele e perguntam-lhe se vai arranjar mulher! (risos)	Grande à vontade com o apoio		Grande à vontade com as funcionárias
	<b>Incentivo</b>				
<b>Pudor</b>					
<b>Colaboração</b>		Colabora com o apoio	Colabora com o apoio	Colabora com o apoio	Colabora com o apoio
<b>Imposta</b>	<b>Descontentamento</b>				- Ambiente pesado, silencioso onde não há diálogo. Fala-se o mínimo e o indispensável, sempre relacionado com a sonda. A esposa está sempre a inspecionar o trabalho das funcionárias. - Ar triste e abatido. Não fala nos olhos das funcionárias.
	<b>Desinteresse</b>				
	<b>Incooperação</b>				
	<b>Submissão</b>				
<b>Dificuldades em verbalizar</b>				Percebe-se pouco o que diz por não ter dentes.	Não está recetivo à comunicação, não demonstra interesse

## Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Augusta	Armando	Rosa	Manuel
<b>Empática</b>	<b>Confidência</b>	Discussões e desentendimentos com a filha	- “Ajudam-nos muito no banho, na conversa, na maneira como nos poem alegres. Contamos com elas para tudo, ouvem-nos, põem-nos sempre bem-dispostos.”.	- “São um ombro amigo para quando faz falta” - “Fazem-nos falta para conversar!”	Fala sobre si e a sua vida. É muito simpático e conversador
	<b>Satisfação</b>	Fica feliz quando as funcionárias chegam. Sorri.	Fica feliz quando as funcionárias chegam. Sorri. Espera-as á porta e cumprimenta-as com um beijo na face.	. Fica feliz quando as funcionárias chegam. Sorri.	Fica feliz quando as funcionárias chegam. Espera-as à porta e cumprimenta-as com um beijo na face. Sorri.
	<b>Familiaridade</b>	Brinca com as funcionárias, responde-lhes. Tem à vontade com as funcionárias para se rir com elas, mas também para falar de forma mais ríspida e para lhes chamar a atenção.	- “A idade avança e precisamos destas ajudas, nem que seja só para nos virem visitar” - “Estas senhoras é o melhor que há”	Grande à vontade com as funcionárias - “As meninas são muito boas, dão-nos mais vida. São meigas, dinâmicas, brincalhonas”.	
	<b>Incentivo</b>	Funcionárias animam-na.	Funcionárias animam-na.	- “Arrebitam-me!” - “Ajudam-nos em tudo, nas palavras e nos bons conselhos: vá passear, dê uma voltinha, tome os remédios. Fazem muito jeito!”	
<b>Pudor</b>				.	
<b>Colaboração</b>		Colabora com o apoio	Colabora com o apoio	Colabora com o apoio	Colabora com o apoio
<b>Imposta</b>	<b>Descontentamento</b>				
	<b>Desinteresse</b>				
	<b>Incooperação</b>				
	<b>Submissão</b>		- “Na altura era só para me darem banho, agora vem a comida. O que seria de nós se não fossem estas pessoas!” - “A idade avança e precisamos destas ajudas,		- “Não conseguia entrar na banheira sozinho e a minha filha disse que precisava de apoio especializado”. - Depois do banho, no dia que vai à médica diz: “eu preciso bem de vocês, isso é que é a verdade!”

## Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Maria	Elisa	Carolina
<b>Empática</b>	<b>Confidência</b>	Sobre o avançar da doença e o estado psicológico do marido		Morte do filho; fala sobre os problemas dos filhos
	<b>Satisfação</b>	- Boa disposição ao longo de toda a higiene; conversa que tem com as funcionárias. Agradece-lhes constantemente. - Espera as funcionárias na cadeira de rodas com um sorriso no rosto	- Fica muito satisfeita quando vê o apoio. Sorri. - “Tem tudo quanto é bom!” - “Um velho gosta de ser mimado!” - “Nunca me chamaram velha!” - “Tratam-me com muito respeito”	Espera as funcionárias e despede-se delas com um grande sorriso
	<b>Familiaridade</b>	Pergunta constantemente se veste estas calças ou aquelas, o que lhe fica melhor, se está bem, se combina...	- “Não consigo imaginar a minha vida sem elas” - “Tratam-me como se fosse da família!” - “Vem cá arrumar-me!”	Brinca com as funcionárias, responde-lhes. Tem à vontade com as funcionárias para se rir com elas.
	<b>Incentivo</b>	- Diz que está pior de dia para dia, que a doença está a avançar muito rapidamente. Funcionárias animam-na e ela recupera rapidamente o sorriso embora com o semblante carregado. - Suspira muito e o apoio encoraja-a e ela fica mais satisfeita e agradecida.		Funcionárias animam-na.
<b>Pudor</b>				
<b>Colaboração</b>		Colabora com as funcionárias	Colabora com as funcionárias	Colabora com as funcionárias
<b>Imposta</b>	<b>Descontentamento</b>			
	<b>Desinteresse</b>			
	<b>Incooperação</b>			
	<b>Submissão</b>			
<b>Dificuldades em verbalizar</b>				

## Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Florinda	Áurea	Palmira
<b>Empática</b>	<b>Confidência</b>			
	<b>Satisfação</b>	Fim da higiene olha embebecida para as funcionárias, recosta-se na almofada, fecha os olhos e sorri. - Fim higiene cara franzina mostra satisfação, olhar ilumina-se	- Esboça um sorriso quando termina a higiene a vestem. Fica mais calma e muito satisfeita. - Fim da higiene gosta de mimos e atenção, que se fale com ela. - Quando está cansada da atenção que lhe dão, recosta a cabeça na almofada e fecha os olhos.	Gosta de ser penteada, demonstra alegria. - Quando a vestem fica muito feliz, rosto ilumina-se - Durante a higiene vai olhando alternadamente para as funcionárias.
	<b>Familiaridade</b>			
	<b>Incentivo</b>			
<b>Pudor</b>			- Fecha os olhos quando a despem e faz sons como se estivesse a chorar, em sinal de desagrado. Só sossega e abre os olhos quando é vestida. - Não gosta que lhe mexam no corpo, é como se lhe estivessem a invadir a privacidade	Durante a higiene fica mais cabisbaixa e gosta de estar com um lenço de mão na mão que agarra nervosamente.
<b>Colaboração</b>		Colabora com o apoio		Colabora com o apoio
<b>Imposta</b>	<b>Descontentamento</b>	Lavam-lhe o cabelo e geme o tempo todo devido á posição desconfortável em que se encontra o seu corpo frágil e escanzelado.	Enquanto estamos na cozinha a falar sobre produtos de higiene, casas especializadas e preçários Áurea faz uns sons aflitivos no quarto. Corremos para lá e a filha zanga-se com ela por querer chamar a atenção, não queria estar sozinha. Não gostou de nos ouvir falar e não poder participar na conversa. Tem um ar muito triste.	
	<b>Desinteresse</b>	- Está muito agitada e distante. Ignora tudo o que se passa ao seu redor, não abre os olhos. - Não abre os olhos nem mesmo quando chamam pelo seu nome.	Quando está cansada da atenção que lhe dão no fim da higiene, recosta a cabeça na almofada e fecha os olhos.	Fim da higiene senta-se na cadeira e ignora-nos. Não fala mais, olha a parede ou a televisão fixamente.
	<b>Incooperação</b>			
	<b>Submissão</b>			
<b>Dificuldades em verbalizar</b>			Não têm dentes o que dificulta a comunicação	

## Anexo 5 - Relação idoso/ funcionário apoio domiciliário da ASCREDNO

Relação estabelecida		Carlos	Graça
<b>Empática</b>	<b>Confidência</b>		
	<b>Satisfação</b>		
	<b>Familiaridade</b>		
	<b>Incentivo</b>	Funcionárias incentivam-na dizendo-lhe: “está quase a acabar”; “falta pouco”.	Funcionárias incentivam-na dizendo-lhe: “está quase a acabar”; “falta pouco”.
<b>Pudor</b>		Não acha bem que a higiene lhe seja feita por mulheres	
<b>Colaboração</b>			
<b>Imposta</b>	<b>Descontentamento</b>	- Quer esteja na cama ou no sofá demonstra desagrado quando chegam as funcionárias recusa-se a tomar banho e não as quer ali. - Implica com tudo na banheira: com a água, com a posição do banco, com o calçar os chinelos...	- Por ser muito magra não suporta muito bem a higiene queixando-se o tempo todo mostrando o seu desagrado. - Olhar reprovador, abana a cabeça - Devido à sua fragilidade física queixa-se todo o tempo que dura a higiene e mais ainda nos dias em que lhe é lavado o cabelo.
	<b>Desinteresse</b>	Fim da higiene vai para a cozinha tomar o pequeno-almoço. Não fala com ninguém nem olha à volta. Enfia a cabeça na malga do leite. Está presente fisicamente, mas ausente.	Fim da higiene fecha os olhos, está serena, alheia-se do ambiente do quarto. Não abre mais os olhos enquanto lá está nem mostra curiosidade pelo que se passa no quarto.
	<b>Incooperação</b>	- Muito pouco colaborante, não faz nada do que lhe pedem, nunca quer tomar banho. - Nunca quer tomar banho. Vai até à casa de banho arrastado e sempre a tentar fugir	Está muito agitada, não deixa que lhe lavem a cara, mexe-se muito e não ajuda em nada.
	<b>Submissão</b>	Não aceita o apoio, di-lo verbalmente, faz tudo contrariado e de mau-humor - Recusa-se a tomar os medicamentos: funcionária do apoio é a única que lhe consegue dar os comprimidos. Obedece-lhe contrariado. - Nunca quer tomar banho. Vai até à casa de banho arrastado e sempre a tentar fugir	
<b>Dificuldades em verbalizar</b>			

### Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?

Pessoa idosa	Pedir conselhos	Quotidiano	Agradecer	Confidenciar	Repreender	Tirar dúvidas
Adelaide					As funcionárias por lhe estarem a fazer a higienização através de sons altos e aflitivos, tenta agarrar os braços das funcionárias e tem os olhos muito abertos	
Antónia		Fala sobre coisas do antigamente: manda as funcionárias levarem a trouxa da roupa para o rio, manda fazer bacalhau de almoço, manda-as fazer determinadas tarefas domésticas, ...	Agradece às funcionárias, diz muito obrigada, é muito simpática.			
Maria	Pergunta se está bonita, se lhe fica bem a roupa.	- Fala muito sobre a sua vida, gosta de contar o que fez no dia anterior, quem a visitou, onde foi passear... - É dia de ir ao hospital, fazer ginástica como ela diz (fisioterapia). Não gosta de ir ao hospital porque é um transtorno, mas gosta dos profissionais que a acompanham.	O trabalho das funcionárias.	- Já viram ao que eu cheguei?" - No fim do banho o marido vem trazer-lhe o <i>reumon</i> gel para as funcionárias lhe esfregarem numa perna que lhe dói. Funcionárias elogiam-lhe o marido por ser tão cuidadoso e preocupado. Suspira e diz: "O meu marido anda enervado... já viu o que é eu sentada a mandá-lo fazer as coisas?". Diz que os maridos quando acompanham uma pessoa doente como ela deviam ter consultas de psicologia porque também não andam bem. Diz sobre o marido "ele não anda bem". - "Ele não anda bem!"		Pergunta se precisa de comprar alguma coisa

### Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?

Pessoa idosa	Pedir conselhos	Quotidiano	Agradecer	Confidenciar	Tirar dúvidas	Incentivar
Armando		Fala do trabalho que fazia quando estava ativo, da relação que tinha com os patrões, mostra-me as cartas de aniversário e Natal que lhe enviam, fala-me dos jantares de Natal que ainda vai porque é convidado, ...				
Augusta				Tem uma relação atribulada com a filha. Às vezes vai fazendo pequenos desabaços com as funcionárias: - "A minha filha não sabe como eu estou!" - "A minha filha não quer saber!" - "A minha filha não sabe de nada!"	Pergunta se precisa de comprar alguma coisa,	
Bernardino		Fala-se de tudo sobre a vida e de todos os temas da atualidade				
Rui						Funcionárias falam incentivando a interação
Elisa		Fala sobre a vida que teve, o marido que faleceu, a Nossa Senhora do Sameiro, os filhos.				
Manuel		Sobre os acontecimentos sociais, políticos, económicos nacionais e internacionais				

**Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?**

Pessoa idosa	Pedir conselhos	Quotidiano	Agradecer	Confidenciar	Tirar dúvidas	Repreender	Incentivar
Rosa		Conversa sobre a vida, os filhos, o trabalho que teve, os locais que visitou.	Agradece à funcionárias quando se despede delas com um “obrigado”		Pergunta se é preciso comprar alguma coisa		
José							Funcionárias falam incentivando a interação
Artur				Uma das funcionárias de hoje é mais conversadora e não se deixa intimidar. Pega com a esposa e pede-lhe para fazer outra cara. A esposa suspira e diz - “Vocês sabem lá o que isto é!” - “Isto é um sofrimento constante”		Trabalho das funcionárias é feito com a esposa sempre a inspecionar tudo, com cara de poucos amigos. Esposa anda de volta das funcionarias a dar ordens: - “Este pano é para limparem as mãos. Não quero que o usem para mais nada!” - “Este pano é para lhe limparem a sonda” - “Não deem essa água na banca” - “Ontem limparam mal a sonda”	
Áurea							Funcionárias falam incentivando a interação

## Anexo 6: Porque se comunica no apoio domiciliário?

Pessoa idosa	Pedir conselhos	Quotidiano	Agradecer	Confidenciar	Tirar dúvidas	Repreender	Incentivar
Carlos		Às vezes enquanto toma o pequeno-almoço está mais atento ao que é dito, segue as funcionárias com o olhar e de vez em quando pronuncia-se sobre o que está a ser dito, com ar sério, mandão.				Nada está bem, resmunga com tudo e com todos. Não fazem nada bem, as funcionárias.	Funcionárias falam incentivando a interação
Graça						Quando a magoam	Funcionárias falam incentivando a interação
Palmira							Funcionárias falam incentivando a interação
Florinda							Funcionárias falam incentivando a interação
Marta						Funcionárias falam incentivando interação	
Carolina		Fala-se de notícias, de política, de tudo		A propósito dos anos do filho falecido: "Porque é que Deus não me levou antes a mim? O que ando aqui a fazer? A dar trabalho?"	Questiona sobre a compra de champôs, entre outros.		