

Começo a “ser mais velha”

Maria dos Anjos Pereira Lopes*

Um modo de preparação para o *trabalho de campo*

RESUMO

Ao ser surpreendida por uma experiência de doença, aproveitei este acontecimento de vida para reflectir e obter uma maior compreensão sobre mim, sobre o processo de envelhecimento e os cuidados de enfermagem ao corpo da pessoa idosa. Enquadro esta experiência como preparação do trabalho de campo como estudante de doutoramento, pois o uso do “self” em investigação qualitativa é um elemento essencial a considerar.

Neste relato auto-biográfico discuto os temas que me suscitaram reflexão: o meu corpo falava mas eu não o entendia; a suspensão da actividade física como sinónimo de doença; o saco de radiografias como símbolo; os pequenos cuidados que nos mantêm vivos; a segurança que o hospital dá; o medo de morrer e a imagem corporal alterada.

Palavras-chave:

Corpo; Envelhecimento; Cuidado de Enfermagem; “self” investigação qualitativa.

Introdução às minhas preocupações

Todos os estudos confirmam o crescente número de pessoas idosas a necessitarem de um grande caudal de atenção e cuidados de longa duração. Os enfermeiros, família e outros cuidadores não formais, terão de ocupar um espaço que terá de se estruturar num modelo coerente de cuidados, como afirma Sancho¹, perita espanhola no Conselho da Europa e da OCDE.

O espaço social que iremos ocupar nos cuidados às pessoas neste grupo etário, implica deixarmos de estar fixados em velhas matrizes de funcionamento, pois a gravidade da situação vai obrigar os enfermeiros a intervirem responsabilmente nesta área. Ora como afirma Le Breton², a relação que o homem estabelece consigo próprio, situa-se na trama social e cultural que o rodeia, dando coerência aos seus valores e orientação às suas condutas. Os enfermeiros, no seio dos vários grupos dos cuidadores de idosos, precisam reflectir no espaço que lhes compete ocupar, para responder às necessidades das pessoas idosas e suas famílias.

Assumir esta responsabilidade vai pôr à prova a nossa capacidade de intervir socialmente de modo responsável e poderá clarificar, ou até transformar a nossa

* Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa. Mestre em Ciências de Enfermagem. Estudante de doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Bio-Médicas Abel Salazar-Porto. Investigadora na Unidade de Investigação Educação e Desenvolvimento da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Email: mipereiralopes@hotmail.com. Portugal

Recibido: 23 de abril de 2003
 Aceptado: 21 de agosto de 2003

Pereira Lopes M dos A. Começo a “ser mais velha”. Invest. Educ. Enferm. 2003; 21 (2): 92 - 103

Comienzo a envejecer

Maria dos Anjos Pereira Lopes*

RESUMEN

Al ser sorprendida por una experiencia dolorosa, aproveché este acontecimiento de la vida para reflexionar y obtener una mejor comprensión sobre mí misma, sobre el proceso de envejecimiento y sobre los cuidados de enfermería en el cuerpo de la persona enferma.

Encuadro esta experiencia como preparación al trabajo de campo como aspirante al doctorado; pues el uso de la propia experiencia (*self*) en investigación cualitativa es un elemento esencial que debe ser considerado.

En este relato autobiográfico discuto los temas que me suscitan reflexión; mi cuerpo hablaba pero yo no lo entendía; la interrupción de la actividad física como sinónimo de dolencia; el sobre con las radiografías como símbolo; los pequeños cuidados que nos mantienen vivos; la seguridad que brinda el hospital, el miedo de morir y la alteración de la imagen corporal.

Palabras clave:

Imagen Corporal, Vejez, Cuidados de Enfermería, Self, Investigación cualitativa.

identidade profissional. Tal (re)definição dependerá não só de decisões socio-políticas, mas também da apropriação, delimitação e investimento profissional que for feita nos cuidados ao número crescente de idosos e suas famílias. É um desafio à profissão saber ler o contexto social que nos envolve e a par deste saber há que repensar esta área de cuidados, pois é ainda percebida pelos enfermeiros como de muito baixo status, muito embora os que aí trabalham sintam satisfação no que fazem e mantenham perspectivas de evoluir na carreira³.

Begining of old age

Maria dos Anjos Pereira Lopes*

SUMMARY

When I was struck by a painful experience I took advantage of this event of life to reflect and I achieved deeper selfunderstanding, better knowledge of the aging process and of the sick persons body nursing care.

This experience was framed as a preliminary in my Ph.D field-work and accordingly the use of *self* experience in qualitative research. Is an essential element to be considered.

In this autobiographical account I discuss in the topics of my reflection: my body spoke while I did not understand it; the interruption of phisycal activities likened sickness; the radiographies envelope as a symbol; the set of small nursing cares that conserve us alive, the security feeling provided by the hospital; the fear of death and the alterations in the body's image.

Key words:

Image, Old age, Nursing Cares, Self, Qualitative Research.

Subjacente à concepção de envelhecimento, a noção de corpo da pessoa é um constructo que lhe está associado, mas epistemologicamente ainda pouco teorizado na enfermagem, sendo Lawler⁴, Collière⁵, Benner⁶ algumas das autoras que se têm debruçado sobre ele. Passamos a explicitar a concepção que fazemos acerca da noção "corpo da pessoa".

Em todas as formas de intervenção o corpo ocupado pelo sujeito é perspectivado segundo uma de duas lógicas:

o corpo é o elemento *que se tem* (corpo-objecto), ou o corpo é o elemento *que se é* (corpo- sujeito)⁷. Situamo-nos no pensamento em que o corpo, mente e espírito, são dimensões indissociáveis da pessoa, e como tal, o corpo não está colado ao sujeito que eu sou, pois “eu sou o meu corpo”, como afirma Merleau-Ponty⁸. Esta é uma noção fundamental e estruturante para a concepção que fazemos da prática dos cuidados de enfermagem, pois o corpo é a dimensão da pessoa que tem impregnado em si a sua história, que é revelador da sua identidade mais profunda, que tem uma inteligência incorporada e são estas características que nos permitem ser únicos e estar de modo confortável nas situações múltiplas da vida⁹.

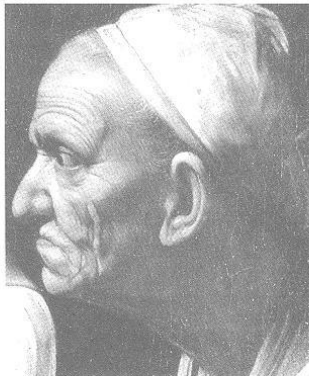
O modo como simbolicamente representamos e cuidamos o nosso próprio corpo, como concebemos a sua utilização enquanto instrumento terapêutico, traduzir-se-á de algum modo na compreensão, significado e valor dos cuidados oferecidos ao corpo da pessoa idosa, estes entendidos e inseridos no contexto global da pessoa.

Em Portugal alguns dos cuidados essenciais ao corpo da pessoa em contexto hospitalar, tem tido uma desvalorização progressiva, que importa questionar. Será que o significado e valor atribuído à pessoa idosa não tem de passar pelos cuidados que prestamos ao seu corpo dependente? Na segunda parte desta reflexão explicitaremos um pouco mais a dimensão conceptual “corpo da pessoa”, ao abordar o modo como *o meu corpo* em situação de doença, foi por mim percebido.

Compreender os motivos pelos quais o envelhecimento se está a tornar algo intolerável na sociedade ocidental é essencial aos enfermeiros, pois a ênfase do que é jovem e belo tem de ser equilibrada com serenidade, face à finitude humana. Como enfermeiros precisamos saber ajudar pessoas e estimular tudo o que as faz viver¹⁰, mas como uma idosa dizia: “não nascemos para ser eternos...”, todavia ao mesmo tempo, num misto de aceitação fatalista e impotência interrogava-se: “Que se há-de fazer?”.

Em termos pessoais o fenómeno do envelhecimento estava bem arrumado no mais fundo de mim mesma, só uma situação de doença com alguma gravidade, me despertou para a precaridade da vida.

Tinha eu 26 anos, quando pela primeira vez tive a consciência viva, quase dolorosa, das leis inexoráveis da natureza e da vida, nascer, crescer, desenvolver e morrer. Este “acordar”, decorreu da observação de uma interacção entre uma avó e um neto. Os dados que a seguir se relatam estavam guardados numa arca onde guardo recordações (fotografias, pequenas objectos de vivências significativas). Dei o título:



Em termos pessoais o fenómeno do envelhecimento estava bem arrumado no mais fundo de mim mesma, só uma situação de doença com alguma gravidade, me despertou para a precaridade da vida.

CARAVAGGIO.
(detalle) Judith y Holofernes, 1592 - 1600
Galleria Nazionale di Arte Antica de Roma

“Um dia ficarás como eu”

Era sedutor e comovente vêr o quadro de um neto a acariciar as mãos da avó, já grande idosa. Nesse afagar, o neto toca nas mãos dela e puxa pela pele das costas da mão. Essas peles ao serem agarradas davam a imagem de um pequeno saco a ser repuxado, quase parecendo poder destacar-se da própria mão, e diz “as tuas mãos são muito diferentes das minhas, tens nós nos dedos, a tua pele é muito macia, mas vêem-se-te as veias todas, doiem-te”. A avó diz que não com a cabeça. O neto continua a puxar a pele das costas das mãos da avó, olha para as próprias mãos e diz “as minhas também vão ficar assim?” E avó responde: “Sim, um dia irás ficar assim como eu, mas não te preocupes, porque ser velho não é triste, quando se tem um netinho como tu”. E cai-lhe uma lágrima pela face, diferente do lacrimejar que já costumava ter.

Reflectir sobre o significado de ser doente (no concreto) e analisar o modo como nos relacionamos com o nosso corpo na situação de doença, poderá ajudar-me em trabalho de campo a melhor compreender o que se passa na interacção enfermeiro-doente idoso. Procuo assim desenvolver as capacidades mais importantes no investigador qualitativo: a criatividade, o discernimento e o pensamento abstracto¹².

Centrar-me no modo como foi vivi esta fase da minha vida, estabelecendo um paralelismo com o processo de envelhecimento não foi fácil. A fase dos 40 e 50 anos, é uma fase da vida considerada crítica, cheia de inquietação e insatisfação interior, em que nem sempre estamos de bem com a nossa idade, uma vez que a consciência e disposição íntima estão menos amadurecidas que o próprio corpo, o que nos leva a reagir contra as manifestações naturais do envelhecimento¹¹.

Nesta experiência subjectiva pretendo pôr em paralelo o modo como vivi o meu processo de doença e alguns dos problemas usualmente associados ao processo de envelhecimento. Não desejo acentuar um dos muitos preconceitos associados à velhice, que é a ideia de esta ser uma fase em que a doença é inevitável, mas encontrei pontos comuns neste processo de doença e o fenómeno do envelhecimento, nomeadamente: a percepção de fragilidade, a insegurança e o não reconhecimento de mim no meu corpo habitual.

Reflectir sobre o significado de ser doente (no concreto) e analisar o modo como nos relacionamos com o nosso corpo na situação de doença, poderá ajudar-me em trabalho de campo a melhor compreender o que se passa na interacção enfermeiro-doente idoso. Procuo assim desenvolver as capacidades mais importantes no investigador qualitativo: a criatividade, o discernimento e o pensamento abstracto¹².

Esta reflexão pode até parecer exagerada e ainda despropositada por ainda estar “fora do tempo” em que as pessoas são consideradas “idosas”, uma vez que tenho 51 anos, mas considerei também esta reflexão um desafio à minha maturidade e sentido existencial da vida.

Depois de descrever a reflexão sobre esta experiência reflectirei sobre o uso de “self” em investigação qualitativa, apoiando-me em alguma teoria sobre o tema.

Reflexão baseada numa experiência

O meu corpo falava mas eu não o entendia

Parisoli¹³ afirma que há “uma relação estreita entre corpo e a pessoa, que se manifesta de um modo extraordinário na experiência de sofrimento e doença”. Esta relação privilegiada é tanto mais significativa quanto “ser doente é ser estrangeiro para todos aqueles que nos conheciam antes, pois na doença ninguém nos segue”¹⁴. O afecto e solidariedade que me foi expressada não retira verdade às palavras citadas, mas perante o pensamento dos dois autores acabados de citar, a relação estabelecida e a compreensão que vivi com o meu próprio corpo, não foi nada fácil.

O corpo fala, mas nem sempre o sabemos ouvir. Bem me esforçava por tentar compreender o que se passava comigo e nessa justa medida procurava os correspondentes recursos médicos. Mas também eu fui vítima da hiperespecialização, isto porque o meu caso não correspondia ao padrão do conhecimento científico actual, o que fez atrasar o diagnóstico e tratamento. Tive muita dificuldade em reconhecer a gravidade da doença e o atraso e morosidade do diagnóstico médico parecia não ajudar a legitimar a minha situação de doente.

Mas tal como muitos idosos demoram a aceitar os seus “achques”, que ano após ano vão aumentando, sacrificando-se e prescindindo das suas capacidades e desconfiando dos seus sentidos e forças¹⁵, comigo passava-se algo semelhante. Sentia-me mal, sentia-me doente e não sabia o que tinha; os dias sucediam-se e a febre mantinha-se, mesmo com cobertura antibiótica. O cansaço era enorme e a febre agravava-o. Todavia, a febre era aquele sinal que fazia manter à tona a esperança de pensar num processo infeccioso localizado algures no abdómen, diminuindo o fantasma de poder ser algo do foro oncológico...

A associação da hipertermia, da baixa de hemoglobina debilitaram-me de tal modo que muitas vezes apercebia-me estar deitada numa posição pouco confortável e parecia não ter forças para me mexer um pouco mais na procura de uma outra posição.

A minha capacidade de compreender o que cientificamente sabia ser inevitável, (astenia por hemoglobina baixa) estava obnubilada, pois desconhecia-me neste corpo. Precisei da racionalidade científica especialmente dos valores analíticos, para ver a gravidade da situação e só então interiormente decidi parar a actividade profissional! O meu corpo falou de si, tentei escutá-lo e interpretá-lo, como usualmente fazia; mas os muitos sinais dados, ao não corresponderem ao padrão de resposta de uma doença padrão e sobretudo porque ele não correspondia ao corpo saudável, a que toda a vida me tinha habituado bloqueavam a à minha compreensão. O meu corpo traía-me, especialmente porque acontecia estar doente *numa fase que eu não podia estar*.

Quantas vezes nos acontece só acreditar e valorizar as queixas dos doentes, sobretudo se são idosos, perante os dados objectivos. Quantas vezes os doentes nos fazem apelos que desvalorizamos, apelidando-os de estarem confundidos, esquecidos e serem muito *apelativos*. (Em Portugal esta designação está na moda).

O meu corpo falou de si, tentei escutá-lo e interpretá-lo, como usualmente fazia; mas os muitos sinais dados, ao não corresponderem ao padrão de resposta de uma doença padrão e sobretudo porque ele não correspondia ao corpo saudável, a que toda a vida me tinha habituado bloqueavam a à minha compreensão. O meu corpo traía-me, especialmente porque acontecia estar doente *numa fase que eu não podia estar*.

Cada pessoa dá um significado e interpretação ao que consigo se passa; de modo mais ou menos consciente faz o seu *diagnóstico*. Como profissionais de saúde pensamos muitas vezes que o doente é ignorante e que a ciência está nos compêndios que lemos, não valendo a pena perder tempo a ouvir o que a própria pessoa sabe e pensa sobre o que se passa no seu corpo. Desconhecemos o conhecimento que o corpo tem incorporado em si.

A doença e a suspensão da actividade

Estar doente implica por vezes a suspensão de papéis e actividades, porque associada à doença existe frequentemente limitação na capacidade para nos movimentarmos. A mobilidade é uma condição essencial para nos mantermos abertos à vida e ao mundo que nos rodeia¹⁶. Muito embora grande parte das actividades no trabalho ou no lazer, gastem mais energia nervosa que energia física, a capacidade do movimento é determinante para nos sentirmos saudáveis.¹⁷ Sem movimento limitamos a capacidade de viver, seja nos encontros imprevisos, seja na dificuldade de partilhar e comunicar, seja na simples alegria de andar, pois o movimento facilita a realização de viver¹⁸.

A minha capacidade de me mover para trabalhar, em particular para estudar, foi ficando progressivamente diminuída e numa fase mais avançada da doença, até o simples acto de sair da cama constituía um grande esforço. A situação era inquietante.

Passei a dar outro sentido aos lamentos de tantos idosos, quando se rebelam perante a sua actual situação de fraqueza e inutilidade! Interrogo-me sobre as estratégias que adoptam os enfermeiros para responderem aos ritmos de funcionamento nas pequenas coisas da vida dos idosos. Como lidam com as limitações das capacidades motoras, auditivas, visuais, de memória...?

Eu parecia ser um desses doentes, precocemente envelhecida, arrastava-me, irritava-me e tenha pena de mim.

Os estereótipos: o saco de radiografias

O elevado número de idas ao médico, as análises, os exames complementares de diagnóstico foram imensos, como é hoje usual. Por isso, antes de ir a qualquer consulta médica esforçava-me por colocar por ordem os vários resultados analíticos e meios auxiliares de diagnóstico, pois não queria projectar aquela imagem de tantos idosos, que colocam em cima da secretária do médico, sacos cheios de medicamentos, como se a eles próprios se depositassem.

O saco de radiografias e exames de diagnóstico, cada vez mais cheio, fazia-me temer que alguém imaginasse que eu era mais um daqueles doentes que parecem misturar deleite e tristeza, quando falam sobre a sua doença, onde a importância dos exames efectuados parece ter tradução directa na importância que atribuem à sua pessoa. Tal preconceito estava em mim tão presente que me dei conta a dizer envergonhada "pareço aquelas velhas cheias de exames"... e talvez por isso quando fui à consulta de anestesia nem me lembrei de levar o dito saco, facto que irritou o anestesista.

Passei a dar outro sentido aos lamentos de tantos idosos, quando se rebelam perante a sua actual situação de fraqueza e inutilidade! Interrogo-me sobre as estratégias que adoptam os enfermeiros para responderem aos ritmos de funcionamento nas pequenas coisas da vida dos idosos. Como lidam com as limitações das capacidades motoras, auditivas, visuais, de memória...?

Reconheci, a pesar sobre mim, um dos muitos preconceitos que se associam aos idosos: são todos iguais, qeixosos, pobres, deprimidos, incapazes de mudar, sempre a pensar na morte¹⁹, mas pesava-me sobretudo o grande estigma de serem doentes e como tal grandes consumidores de cuidados e de recursos do sistema de saúde.

É urgente reflectirmos sobre o facto de os idosos por serem grandes consumidores de cuidados, se tornarem em clientes indesejados, ao invés de todas as leis de mercado! A desvalorização dos cuidados aos idosos comparativamente a pessoas jovens, que Shapira e Roper²⁰ apud Fisher e Peterson revelam, obriga-nos a reflectir sobre os riscos de possíveis opções tácitas, em que o valor e direitos das pessoas varia em função da sua idade.

Os pequenos cuidados que nos mantêm vivos

Ao longo do processo de doença via que a acção dos antibióticos não estava a ser a esperada e não se percebia a razão. Por isso, mesmo sem apetite, procurava compensar possíveis défices suscitados pela doença com alimentos mais calóricos (uns figos com amêndoas que me haviam oferecido), e facilitadores da recuperação do processo infeccioso. Pensava na importância dos cuidados de manutenção da vida na recuperação das pessoas²¹ e forçava-me a ingerir alimentos, na esperança de ajudar o meu corpo a recuperar. A anorexia intensa tinha um significado simbólico acrescido, pois sempre apreciei comer, e esta situação vinha mostrar a possível perigosidade da doença que tardava em ser diagnosticada.

Recordei-me penalizada do tipo de resposta que por vezes tinha dado a alguns familiares aflitos por o seu doente não ter comido: “Não se preocupe, não morre por não comer, tem o soro”! Não soube “ler” estas subtilidades, de alguém que está muito preocupado e que de modo implícito procura ajuda.

Fui uma doente privilegiada, porque tive em todos os momentos todas as atenções e cuidados possíveis da família, colegas e amigos. Todavia, este foi o período mais difícil da minha vida. Sendo assim, tento imaginar como a situação de dependência, fraqueza, cansaço, falta de cuidados e desamparo afectará as pessoas idosas. Como enfermeiros/cuidadores precisamos analisar como são realizados e qual o valor atribuído aos cuidados imprescindíveis à manutenção da vida e recuperação da doença. Na organização dos cuidados, quem e como realiza os cuidados de estimulação, de conforto, de manutenção da vida, cuidados à aparência, cuidados de compensação e cuidados de apaziguamento também chamados de relaxamento²².

É no sentido dado a esses cuidados que o corpo da pessoa se torna mais compreensível, um corpo com quem se fala de modo a tornar-se próximo, e não um corpo mudo, subjugado a tarefas que alguém diz serem necessárias. Sem darmos um significado ao que fazemos perpetuaremos a imagem ainda tão frequente de tantos idosos internados em quase total imobilidade, ou agitação, sonolência, confusão, olhar mortiço, tendo ao lado um tabuleiro com comida que alguém demora a dar. Isto tem de nos incomodar, pois envelhecer não significa que já nada existe de importante e indispensável para cumprir!

Como enfermeiros/cuidadores precisamos analisar como são realizados e qual o valor atribuído aos cuidados imprescindíveis à manutenção da vida e recuperação da doença. Na organização dos cuidados, quem e como realiza os cuidados de estimulação, de conforto, de manutenção da vida, cuidados à aparência, cuidados de compensação e cuidados de apaziguamento também chamados de relaxamento²².



REMBRANDT
Auto-retrato. Linczo, 111 x 85 cm. 1660.
 Museo del Louvre, Paris

Lembro como sensação muito concreta e confortável a ligeira pressão que um enfermeiro fez sobre as minhas mãos e pés; não recordo quaisquer palavras, mas captei nitidamente a mensagem de alguém a tomar conta de mim e daí eu sentir poder dormir profunda e sossegadamente. Sentir aquela presença, na penumbra do diminuído nível de consciência em que me encontrava, foi uma sensação muito boa, não recordo se era de dia, ou de noite, mas senti que era “alguém que estava ali por perto” tomando conta de mim.

papel que os enfermeiros têm ao assegurarem nas 24 horas consecutivas a vigilância e monitorização dos doentes, sobretudo nas situações clínicas em que a evolução se faz de forma rápida²³. Talvez também seja este um dos motivos pelos quais certos idosos recorrem tanto ao serviços de saúde, particularmente ao centro de saúde, parecendo não se importar com o tempo aí gasto! Esse papel assumido pelos enfermeiros na vigilância das situações de doença de evolução rápida²⁴ foi particularmente significativo para mim nas largas horas que sucederam o pos-operatório!

Lembro como sensação muito concreta e confortável a ligeira pressão que um enfermeiro fez sobre as minhas mãos e pés; não recordo quaisquer palavras, mas captei nitidamente a mensagem de alguém a tomar conta de mim e daí eu sentir poder dormir profunda e sossegadamente. Sentir aquela presença, na penumbra do diminuído nível de consciência em que me encontrava, foi uma sensação muito boa, não recordo se era de dia, ou de noite, mas senti que era “alguém que estava ali por perto” tomando conta de mim.

Se os enfermeiros tiverem a noção clara e entendimento do seu corpo como sendo o primeiro instrumento de cuidados, o sentido que dão a esses cuidados e o efeito no cliente alterar-se-á²⁵. A qualidade do atendimento personalizado face ao atendimento anónimo terá de ser aquela diferença abissal, quase revolucionária, que pode tornar mais tolerável o sofrimento dos doentes idosos internados. E isso passará muito por vêr por detrás de um rosto eventualmente enrugado, alguém com uma história de vida significativa, que ganharemos em conhecer.

A segurança que eu senti e saboreei, sobretudo enquanto o meu grau de consciência estava diminuído, faz-me inquietar por aqueles idosos com alterações do seu nível de consciência e enquadrados na problemática tríade: insónias-confusão-agitação. Será que não há mais nada a fazer para além da sedação, do imobilizar estes doentes e da angústia dos enfermeiros ao assim agirem? Algumas famílias estariam disponíveis para permanecer ali de noite... negociamos a sua presença?

“E se eu morrer?”

É outro pensamento frequentemente associado aos que os idosos vivem. “E se eu morrer?”. A esta dúvida seguia-se de imediato uma rejeição, usando nessa rejeição toda uma racionalidade que era “protectora”, mas só o facto da ideia ter ocorrido, tornava o dia desconfortável e mais difícil de passar. Disfarçava às vezes a minha angústia brincando com a minha possível, mas remota morte, mas a reacção de rejeição dos que me queriam bem “não brinques com coisas sérias”, revelava bem também a sua angústia.

Por outro lado a minha própria racionalidade lutava dentro de mim, ao fazer-me notar que dentro do meu quadro clínico, a morte não seria algo previsível, mas por outro lado o meu Eu profundo, dizia-me que eu já tinha idade suficiente para poder morrer, sem que isso fosse uma perda trágica. Ter já atingido e cumprido quase todos os grandes objectivos da minha vida, confortava-me, mas perturbava-me.

Será nesta mistura de serenidade e angústia que vivem os idosos ao sentirem o avançar dos anos? Certas frases são significativas desse desconforto “Deus já se esqueceu de mim”, “já sou uma carta a mais no baralho...”. Face a isso, regra geral como reagimos? Respostas de fuga e irritação são frequentes: como revelam as frases “hoje acordou mal disposto”, e “que mania esquisita esta que os velhos têm de falar só da morte...?”.

Estas respostas apelidadas de falta de humanidade mais não são que carências graves de formação essencial e que a formação contínua não tem colmatado eficazmente. Talvez seja por isso que os profissionais que lidam com os idosos “não se sentem competentes para dar mais do que conselhos gerais sobre saúde”.²⁶

A imagem corporal alterada pela perda sofrida

Nesta situação de doença também vivi uma perda cujo significado não deixou de me espantar! A ablação de um órgão feminino, essencial ao papel reprodutor da minha condição de mulher parecia ser de menor importância nesta fase da minha vida, pois aparentemente já “não me fazia falta” e “já não está ali a fazer nada”, como alguém ao querer ajudar me dizia.

Racionalmente reconhecia a necessidade e vantagem de histerectomia, e no pré-operatório não tive nenhuma dificuldade de a assumir como vantajosa. Só posteriormente, me fui dando conta da perda sofrida. Recordei todo o percurso das minhas duas maternidades, e toda uma vida conjugal que precisava ser recriada. Parecia estar incompleta, embora ainda não saiba dizer claramente o que sinto. A minha imagem corporal modificou-se, embora exteriormente nada seja visível. Até o facto de ter emagrecido e dizerem-me estar mais elegante, parecia mostrar a todos eu estar incompleta. A menopausa cirúrgica instalou-se-me subitamente, sendo mais um sinal evidente de que estando na idade madura eu me aproximava de outra etapa, e daí, até do período menstrual ter saudades! A própria cicatriz operatória à qual inicialmente não dei nenhuma importância, é agora mais uma marca que me faz lembrar essa perda. Tocar-lhe ou vê-la, é algo agradável, pois lembra todo o sofrimento vivido, toda a experiência adquirida e ao mesmo tempo todo o carinho recebido ao longo deste processo.

Será nesta mistura de serenidade e angústia que vivem os idosos ao sentirem o avançar dos anos? Certas frases são significativas desse desconforto “Deus já se esqueceu de mim”, “já sou uma carta a mais no baralho...”. Face a isso, regra geral como reagimos? Respostas de fuga e irritação são frequentes: como revelam as frases “hoje acordou mal disposto”, e “que mania esquisita esta que os velhos têm de falar só da morte...?”.

No envelhecimento as perdas acontecem insidiosamente, seja ao nível da diluição e apagamento dos caracteres sexuais femininos ou masculinos, seja nas alterações fisiológicas inerentes a esta fase da vida, que vêm afectar a capacidade de autonomia e realização como ser de relação.

É a diminuição da audição, da visão, da mobilidade, com a correspondente limitação de contactos sociais... que torna os idosos um grupo frágil e dependente, que parecem encontrar refúgio no silêncio e nas lembranças do passado. As memórias dos idosos são recursos recreativos baratos e muito saudáveis, mas bem penosos, quando não há ninguém para os ouvir. A escuta activa é uma competência que os idosos nos ajudam a desenvolver.

Porquê o uso do “self” em investigação qualitativa?

O estudo sistemático do quotidiano acerca da experiência vivida sob o ponto de vista das pessoas que a vivem, é o que define a investigação qualitativa. Sendo a investigação centrada nos sujeitos e de um modo integral, o estudo dos processos e significados das experiências humanas em estudo, têm uma relação estreita entre si e o fenómeno que se estuda. Neste paradigma o pesquisador vê-se como actor, reconhecendo a realidade social como um processo construído no contexto da interacção, pelo que ele é uma testemunha especial, que participa nessa experiência, para dar conta do fenómeno dos que aí vivem, segundo a sua perspectiva²⁷.

A introdução e integração do investigador no próprio campo da observação, faz com que não se possa dissociar quem observa, do que é observado. O investigador não é uma testemunha observando objectivamente objectos, mas um sujeito observando outros sujeitos, em que também o observador é observado²⁸. Também sabemos que os melhores dados obtidos em investigação qualitativa resultam da relação de confiança obtida com os informantes, e para isso o investigador precisa ter consciência das reacções dos outros à sua presença, da sua própria influencia e poder exercido na interacção, bem como das suas reacções às reacções dos outros.²⁹⁻³⁰

Como assumimos que toda a realidade social é construída no seio das interacções, a força das emoções é determinante nestes processo, pelo que um modo de obter rigor e confiança dos dados passa por o investigador tomar consciência do que o perturba, positiva e negativamente³¹⁻³². Este facto, longe de ser um obstáculo epistemológico que deva tentar neutralizar, o investigador precisa transformar em fonte de conhecimento.

Assim a importância da utilização da pessoa do investigador não pode ser negada, mas controlada, sendo a capacidade reflexiva um dos meios de obter rigor³³. Através da escrita podemos tomar consciência dos modos como observámos e interferimos na situação observada, discernindo entre o que vemos e o que salta aos olhos, isto é entre ver e reparar, de modo que pela *intensificação do primeiro olhar* possamos transformar o visível em dizível.³⁴

Por tudo isto, o auto-conhecimento é uma característica essencial, sobretudo quando investigamos os nossos pares, pois frequentemente vem à consciência, os valores, modos de agir, justificações, preconceitos, sobre o fenó-

Assim a importância da utilização da pessoa do investigador não pode ser negada, mas controlada, sendo a capacidade reflexiva um dos meios de obter rigor³³. Através da escrita podemos tomar consciência dos modos como observámos e interferimos na situação observada, discernindo entre o que vemos e o que salta aos olhos, isto é entre ver e reparar, de modo que pela *intensificação do primeiro olhar* possamos transformar o visível em dizível.³⁴

meno em estudo. Ter clareza sobre os modos como outros papéis nos podem influenciar, é uma condição a considerar continuamente ao longo do trabalho, na medida em que face ao que se observa e questiona, as nossas incompreensões e expectativas, são capitalizadas e integradas na situação tendo por base as nossas experiências passadas^{35, 36}.

Em síntese, reflectir sobre esta experiência numa perspectiva investigativa é pertinente porque neste paradigma o uso do *self* do investigador está legitimado, salientando-se mesmo que a sua tomada de consciência sobre o fenómeno e a sua sensibilidade, são elementos essenciais e um dos primeiros instrumentos na recolha de dados^{37, 38, 39}.


Apreciação/ Conclusão

Esta experiência subjectiva informada e esclarecida com bibliografia, ajudou o meu processo de formação como investigador qualitativo, na medida em que se tornaram mais claros alguns referentes epistemológicos, em particular a noção de corpo, processo de envelhecimento e ser doente. Em trabalho de campo, no papel de *observador participante*, espero ter maior *sensibilidade teórica* face ao que observo, pergunto, reformulo, analiso, interpreto, compreendo... e conceptualizarei sobre os cuidados de enfermagem ao corpo das pessoas que estão em fase avançada da vida⁴⁰. Ter presentes os meus preconceitos e dificuldades acerca das pessoas idosas e doentes, proporcionar-me-á novas respostas e insights⁴¹, sobre os possíveis sentidos dos cuidados que os enfermeiros proporcionam ao corpo da pessoa idosas.

O meu corpo percebi-o simultaneamente como máquina, que sofreu uma avaria grave ao fugir ao padrão social que todos ambicionamos de corpo saudável, normalizado⁴², mas ao mesmo tempo tive consciência que o meu corpo encarnado é mais que um mero estado biológico, ou simples suporte estrutural da minha pessoa. Não é um simples envelope com a sua raiz e inscrição identitária, inscrevem-se nele todas as outras dimensões de que tenho consciência: a estética, a religiosa, a cultural, a antropológica, a social⁴³. É neste corpo que sou e tenho, que se traduzem as minhas capacidades, dúvidas, emoções, valores, desejos e contra-desejos, sendo neste *cadinho* turbulento que existo. Por isso afirmo, o meu corpo é o meu Eu.

Sobre os estereótipos acerca do envelhecimento reconheci algumas dificuldades em vêr-me “mais velha”. Hoje questiono-me sobre a capacidade compreensiva que pensava ter. Aceitar as minhas limitações e fragilidades, deixar vencer mais vezes a emoção que a racionalidade, é algo que desejo veementemente, para poder ser capaz de compreender os muitos modos de abordar os cuidados ao corpo das pessoas idosas.

Em síntese, hoje sinto-me mais preparada para aceitar a precaridade inerente ao processo natural de viver e desejo um dia, “quando for mais velha”, ter um pouco da sabedoria de Hesse⁴⁴: desapego ao supérfluo e ao mesquinho, crença optimista na evolução do ser humano, viver o que da vida resta sempre na procura da felicidade instintiva e aguardar de forma sadia a saída do palco da vida, sem grande angústia.

Encontrar o melhor modo de envelhecer é procurar encontrar o melhor modo de viver a vida, afirmava uma grande idosa que tive o privilégio de conhecer! 

Em síntese, hoje sinto-me mais preparada para aceitar a precaridade inerente ao processo natural de viver e desejo um dia, “quando for mais velha”, ter um pouco da sabedoria de Hesse⁴⁴: desapego ao supérfluo e ao mesquinho, crença optimista na evolução do ser humano, viver o que da vida resta sempre na procura da felicidade instintiva e aguardar de forma sadia a saída do palco da vida, sem grande angústia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sancho M^a T. Cuidados de Enfermería a Personas Mayores: "Dependencia y cuidados en la vejez: retos de futuro" VI Encuentro de investigación enfermería; 2002 Nov. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.
2. Le breton D. L'adieu au corps. Paris: Editions Métailié; 1999.
3. Nolan J. Community nurses knowledge and perceptions of older people a national survey in England. In: VI Encuentro de investigación enfermería. 2002 Nov. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002. p. 103- 105.
4. Lawler J. The body in nursing. South Melbourne: Churchill Livingstone; 1997.
5. Collière F. Promover a vida. Madrid: McGraw-Hill; 1989.
6. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra:Quarteto; 2001.
7. Hesben W. Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
8. Merleau P. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1994
9. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra:Quarteto; 2001.
10. Collière M. F. Soigner le premier art de la vie. Paris:Interedition;1996
11. Hesse H. Elogio da velhice. Lisboa: Difel; 2002.
12. Morse J. Qualitative Nursing Research a free-for-al? In: Morse J. Qualitative Nursing Research.Newbury Park: Sage Publications; 1989 pp.209
13. Parisoli M^a. Penser le corps. Paris: Presses Universitaires de France; 2002. p. 49
14. Van der Bruggen H. Ce malade qui existe. Paris: du Centurion; 1997. p.100.
15. Hesse H. Elogio da velhice. Lisboa: Difel; 2002.
16. Le breton D. Eloge de la marche. Paris: Editions Métailié; 2000.
17. Teixeira O, Lopes M A. Corpo, saúde e doença: que representações dos enfermeiros? Investigação em enfermagem. 2002; (6): 4-17.
18. Le breton D. L'adieu au corps. Paris: Éditions Métailié; 1999.
19. Townsend Mary. Psychiatric mental health nursing: concepts of care. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1993.
20. Roper J, Shaphira J. Ethnography in nursing research. London: Sage Publications; 2000.
21. Collière MF. Promover a vida. Madrid: McGraw-Hill; 1989.
22. Collière MF. Soigner le premier art de la vie. Paris: Interedition; 1996.
23. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra:Quarteto; 2001.
24. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra:Quarteto; 2001.
25. Collière MF. Soigner le premier art de la vie. Paris: Interedition; 1996.
26. Hunt F. Seniores/ promotores de saúde- parceiros na saúde. In: Seminário internacional sobre envelhecimento humano. 1997 Vida com projecto ao longo de toda a vida. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Permanente; 1998. p. 45.
27. Cuesta de la C. Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Invest. Educ. Enfer. 1997; 15 (2): 13-24.
28. Laplantine F. La description ethnographique. Paris: Éditions Nathan; 2000.
29. Hall W, Callery P. Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. Qualitative Health Research 2001; 11(2): 257-272.
30. Laplantine F. La description ethnographique. Paris: Éditions Nathan; 1996.
31. Schatzman L, Strauss A. Field research. New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
32. Roper J, Shaphira J. Ethnography in nursing research. London: Sage Publications; 2000.
33. Hall W, Callery P. Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. Qualitative Health Research. 2001; 11(2): 257-272.
34. Laplantine F. La description ethnographique. Paris: Éditions Nathan; 1996.
35. Lipson J. The use of self in ethnographic research. In: Morse J. Qualitative Nursing Research Newbury Park: Sage Publications; 1989.
36. Spradley J. Participation observation. Ford Worth: Harcourt Brace; 1980.
37. Schatzman L. Strauss A. Field research. New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
38. Lipson J. The use of self in ethnographic research. In: Morse J. Qualitative Nursing Research Newbury Park: Sage Publications; 1989.
39. Wolcott H. F. Ethnography a way of seeing. London: Sage Publications; 1999.
40. Hall W, Callery P. Enhancing the rigor of grounded theory: incorporating reflexivity and relationality. Qualitative Health Research 2001; 11(2): 257-272.
41. Morse J. Qualitative Nursing Research a free-for-al? In: Morse J. Qualitative Nursing Research. Newbury Park: Sage Publications; 1989. p.20.
42. Lacroix X. Le corps de chair. Paris: Les Éditions du Cerf; 1992.
43. Le breton D. Eloge de la marche. Paris: Editions Métailié; 2000.
44. Hesse H. Elogio da velhice. Lisboa: Difel; 2002.