



## IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA Portugal, território de territórios

---

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde [ST]

---

---

### **A (IN)CORPORAÇÃO DA VULNERABILIDADE: CONTRIBUTOS PARA UMA REFLEXÃO EM TORNO DA CORPOREIDADE DO IDOSO COM INCONTINÊNCIA**

---

---

ARCO, Helena

Doutoramento em Sociologia, Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal; Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais Polo Universidade de Évora – CICS.NOVA.UÉvora;, [helenarco@essp.pt](mailto:helenarco@essp.pt)

---

COSTA, Maria

Doutoramento em Ciências da Educação, International Federation of Nurse Educators; Universidade de Lisboa;, [armindamcosta@gmail.com](mailto:armindamcosta@gmail.com)

---



### Resumo

O corpo desde sempre tem sido objeto de estudo, análise e intervenção nas mais diversas ciências.

Se inicialmente esta análise era quase estrita aos saberes biomédicos, hoje a reflexão sobre o mesmo não se limita a um espaço restrito, assumindo lugar de destaque entre as ciências sociais e humanas.

Ao aliarmos as questões relacionadas com a velhice e as vivências corporais dos idosos, legitimamente terão que ser trazidas á discussão os aspetos biológicos associados (*corpo físico*), mas também não poderemos descurar a dimensão social dos mesmos (*corpo social*), principalmente quando agregamos questões de vulnerabilidade como é o caso da incontinência.

Na presente comunicação propomo-nos efetuar esta discussão em torno das dimensões biológica e sociocultural do idoso com incontinência, analisando a corporeidade enquanto manifestação simbólica da existência corporal contextualizada no tempo e espaço social.

A partir de uma inserção ainda exploratória, numa realidade concreta de cuidados e através de uma abordagem etnometodológica, verificamos que a incontinência surge associada à gestão do cuidado sujo onde as questões da “pureza”, da “repugnância” e da “vergonha” estão presentes, bem como a necessidade de invasão da esfera e espaço íntimo. Urge pois refletir sobre os atos, o contexto e as interações, isto é, o corpo incorporado e culturalmente vivido.

### Abstract

The body has always been an object of study, analysis and intervention in different sciences.

If initially this analysis, was almost limited to medical sciences nowadays reflection is not limited to a restricted group assuming its importance amongst the social sciences and humanities.

To further evaluate the issues related to old age and bodily experiences of the elderly, legitimately the biological aspects associated (physical body) have to be discussed, but we cannot ignore the social dimension of these (social body), especially when we add vulnerability issues such as incontinence.

In this communication, we intend to make this discussion around biological and sociocultural dimensions of the elderly with incontinence, analyzing corporeality as a symbolic exhibition of contextualized bodily existence in time and social space.

Starting from an exploratory insertion in a concrete health care reality and through a ethno-methodological approach, we find that incontinence is associated with the management of dirty care, where the issues of "purity", "disgust" and "shame" are present as well as the need for invasion of an intimate space. It is essential to reflect about the acts and the context of interactions, in the physical body but also in its cultural dimension.

Palavras-chave: Corporeidade; Idoso; Incontinência.

Keywords: Corporeality; Elderly; Incontinence

[COM0615]



## Introdução

O corpo foi desde sempre alvo de atenção das mais diversas ciências. Inicialmente alvo preferencial das ciências biomédicas, posteriormente torna-se alvo dos olhares das ciências sociais, pois não é possível encontrar e (des)ocultar o *corpo* sem que este surja inscrito na interação quotidiana do que fazemos, do que dizemos e do que vivemos, numa simultaneidade biológica, social e cultural.

Ao aliarmos ainda as questões relacionadas com a velhice e as vivências corporais dos idosos, legitimamente terão que ser trazidas á discussão os aspetos biológicos associados (*corpo físico*), mas também não poderemos descurar a dimensão social e cultural dos mesmos (*corpo social*) principalmente quando agregamos questões de vulnerabilidade como é o caso da incontinência.

Foi nesse intuito que nos propusemos efetuar esta discussão em torno das dimensões biológica e sociocultural do idoso com incontinência.

Delineamos como objetivo para esta etapa, identificar as dinâmicas de interação mediadas pela corporeidade enquanto manifestação simbólica da existência corporal contextualizada no tempo e espaço sociocultural do contexto de cuidados.

Ancorados na abordagem etnográfica, fomos ao terreno em busca de respostas, questionando a forma e as dinâmicas estabelecidas nas interações entre os atores intervenientes (profissionais/idoso/família), tentando perceber os significados têm do corpo incontinente e dos cuidados ao mesmo, os recursos pessoais e contextuais mobilizados e os valores simbólicos/culturais subjacentes, partimos para o terreno.

### 1. O Corpo Incontinente

A Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2009) na sua definição de incontinência contempla ela própria as vertentes física e social, ao defini-la como a perda involuntária de urina constituindo um problema de saúde significativo que afeta a vida do indivíduo não só ao nível físico como psicossocial.

Começamos esta reflexão em torno do (*corpo físico*) e aqui, teremos que discutir não só a incontinência no idoso, mas, também o conceito de vulnerabilidade pela ligação tantas vezes estabelecida aos conceitos de idoso e de incontinência.

Para a Associação Portuguesa de Urologia (2016) a incontinência urinária constitui uma situação patológica resultante da incapacidade em armazenar e controlar a urina, pode ter várias origens, é altamente constrangedora e afeta cerca de 600 mil pessoas em Portugal, não só idosos, mas com o envelhecimento populacional, há tendência para o aumento.

A incontinência urinária é considerada um dos *Geriatric Giants* tal como a confusão, a imobilidade, risco de queda, as limitações sensoriais, etc. (Foley *et al*, 2012). Surge muitas vezes associada a alterações anátomo-fisiológicas do sistema urinário, mas também a alterações cognitivas, ao uso de medicamentos como por exemplo os diuréticos e também a alterações funcionais e sensoriais que conferem ao idoso uma vulnerabilidade acrescida.

A vulnerabilidade é para Spiers (2005) uma característica universal resultante da interação humana, é definida pelas necessidades ou desejos humanos relacionados com a identidade social e a autoestima que podem ser postos em causa ou prejudicados pelas relações sociais.

Surge muitas vezes associada ao conceito de risco (Spiers, 2005; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracoli, 2008). Para os últimos, o risco em termos epidemiológicos constitui a probabilidade que um individuo de um grupo exposto a uma situação de doença ou condição venha a ter a mesma, já a vulnerabilidade comporta os elementos abstratos associados ou associáveis aos processos de adoecer.

Rodrigues & Neri (2012) descrevem a vulnerabilidade como um estágio onde por razões que podem estar relacionadas com *deficits* de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros, a pessoa ou o grupo vê reduzida a sua capacidade de autodeterminação. As autoras sustentadas nos trabalhos de Ayres *et al.* propõem três categorias em torno das quais a vulnerabilidade deverá ser analisada, a *individual*, associada aos aspetos biológicos, quer físicos quer cognitivos, a *social* relacionada com a dimensão cultural, social e económica condicionadora do acesso a bens e serviços e finalmente a vulnerabilidade *programática* relacionada com os recursos sociais necessários ao bem-estar e à proteção do indivíduo na exposição a riscos que poderão comprometer a sua integridade. As autoras avançam ainda que o envelhecimento pela senescência associada implica o aumento de risco para as diferentes categorias abordadas.

Verificamos desta forma que no caso do idoso com incontinência urinária, estamos perante um síndrome geriátrico que como tal, assume um carácter multidimensional, onde as questões sociais e culturais não poderão ser dissociadas das biológicas, isto é, a dimensão simbólica do corpo e as representações sobre o mesmo serão essenciais para a compreensão de uma existência corporal condicionada e condicionadora das relações que são vivenciadas. Até porque “Antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (Le Breton, 2006, pp. 7).

O corpo constitui o início da apresentação do ser humano no dia-a-dia, em interação, os primeiros significados são muitas vezes atribuídos baseados na aparência, as chamadas “primeiras impressões”. Desta forma, o corpo é dotado de *poder*.

As práticas que reproduz nos cenários da vida quotidiana estão imbricadas nas estruturas de poder, ele está “inserido num caleidoscópio de relações e instituições sociais, de forças históricas e políticas, onde está sujeito a formas de controlo e disciplina, constituindo também foco de contestação, resistência e luta social” (Ferreira, 2013, pp. 504).

Ligado ao poder vem também a *coerção e o controlo*, isto porque o corpo socializado de acordo com o contexto cultural ou o grupo onde se insere reproduz os usos e aprendizagens anteriormente efetuadas e de acordo com o “código de boas maneiras” (Boltanski, 1971; Resende, 1999).

O *controlo do corpo e a disciplina* são ainda dois aspetos em destaque nos trabalhos realizados tanto no seio das ciências sociais como na enfermagem (Douglas, 1991; Resende, 1999; Le Breton, 2006; Ferreira, 2013; Lopes 2013). Estes dois conceitos são abordados sob o ponto de vista do corpo vivido na sua dimensão simbólica, da capacidade do controlo humano sobre o próprio corpo, mantendo o mesmo disciplinado, tendo em conta a disciplina social imposta.

Mary Douglas aborda a pureza e a perfeição corporal sob o ponto de vista das normas, sejam estas políticas ou religiosas, focando o sujo, onde se inserem as secreções corporais ou os excrementos como “poluentes” e impedindo o “acesso ao templo” (*ib*, 41). A higiene constitui o caminho a seguir em oposição à desordem ocupada pela impureza.

No exercício do poder e da disciplina socialmente impostos pela ordem estabelecida, o corpo íntegro terá que ser um recetáculo perfeito, impedindo o sujo de aparecer e mantendo a pureza e limpeza perfeitas.

Os processos orgânicos que lhe são inerentes (corpo físico), tais como ruídos, secreções, excreções, entre outros, terão que ser camuflados, sob pena de hostilidade e protesto causados pela repulsão, tudo isto no intuito de manter a ordem social. O corpo enquanto socializado é biologicamente entendido e caracterizado com as suas limitações, necessidades, capacidades que vão muitas vezes para além dos padrões socialmente aceites, contudo terá que ser controlado (Resende, 1999; Fernandes, 2013; Lopes 2013).

Nos trabalhos que desenvolveu com idosos Pereira Lopes aborda ainda a questão do sujo/limpo transpondo para o flácido em oposição ao firme afirmando que a velhice é vista como mais suja principalmente quando estamos perante a perigosidade física e simbólica dos resíduos corporais (*ib*, pp. 282).

No caso aqui em estudo e tendo em conta a discussão em torno do idoso das dimensões biológica e sociocultural do idoso com incontinência urinária, não podemos deixar de questionar, tendo em conta o exposto a vivência quotidiana, sabendo que estes idosos se confrontam com um corpo que *não é um recetáculo perfeito*, que os incidentes que levem à manifestação pública de perda de urina colidem com a ordem socialmente imposta de *controlo do corpo* ficando desta forma exposta a *perda do poder* sob o mesmo e sabendo que o *poder socialmente vigente* dita que em sociedade todos nos devemos apresentar limpos e sem odores desagradáveis.

Tais confrontos com uma manifestação simbólica de uma existência corporal física e socialmente vivida, num tempo e espaço social onde ainda hoje falar do sujo é quase tabu são difíceis. Como refere Lopes estas questões entram no “domínio do ambíguo do paradoxal” e às vezes até do “indizível” (*ib*, pp. 282).

Será necessário saber mais sobre as mesmas, principalmente porque vivemos numa sociedade envelhecida e dar vida aos dias promovendo os melhores cuidados e bem-estar destas pessoas. Desta forma será importante estudar também o corpo, enquanto fenómeno multidimensional que comporta uma esfera biológica que pelas alterações que atravessa poderão ser promotores isolamento e consequentemente de desigualdades sociais.

Sustentados nestes contributos, partimos para o terreno em busca do conhecimento sobre as dimensões biológica e sociocultural do idoso com incontinência procurando identificar as dinâmicas de interação mediadas pela corporeidade enquanto manifestação simbólica da existência corporal contextualizada no tempo e espaço sociocultural do contexto de cuidados.

## **2. As Opções Metodológicas**

A incontinência surge associada à gestão do cuidado sujo onde as questões da “pureza”, da “repugnância” e da “vergonha” estão presentes, bem como a necessidade de invasão da esfera e espaço íntimo. Urge pois refletir sobre os atos, o contexto e as interações.

Ancorados nos objetivos do nosso projeto de Doutoramento em Enfermagem e sabendo que o conhecimento de como ocorrem os cuidados num determinado contexto, é possível a partir da observação de como os diferentes aspetos do quotidiano se expressam em situações particulares, revelando valores e significados, comportamentos, ações e modos de vida que os atores têm do processo onde as questões culturais ligadas à profissão não são alheias, pensamos ancorar a pesquisa numa *abordagem etnográfica*.

Partimos então para o terreno no intuito de efetuar numa primeira etapa a *observação descritiva* (Spradley, 1980). Para tal procurámos observar o contexto social palco das interações estabelecidas nas dimensões do espaço físico, dos atores envolvidos, as atividades desenvolvidas e as situações que envolviam o cuidado ao idoso com incontinência, os objetos, os eventos os valores, sentimentos e as emoções sentidas e expressas no quotidiano dos contextos de cuidados. As observações efetuadas foram registadas num *diário de campo*.

Esta primeira observação descritiva decorreu durante cerca de 8 meses (de julho de 2015 ao início de março de 2016), em duas *Unidades de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. A opção por duas unidades de saúde não tem como objetivo a comparação, mas sim o aprofundamento do conhecimento.

Foram eleitos estes locais pelas características que encerram, são unidades para onde são referenciadas pessoas que independentemente da idade, se encontram em situação de dependência. A tipologia de convalescença tem por finalidade estabilizar clínica e funcionalmente, avaliando e reabilitando integralmente a pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Departamento Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde [DGRSRS-RMRNCCI], 2015). As pessoas que geralmente são referenciadas para estas unidades provêm de um internamento hospitalar devido a uma situação clínica aguda, por vezes súbita ou então por recorrência de processo crónico.

Apesar destas unidades receberem pessoas mais novas, a maioria são idosos, segundo o Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RMRNCCI] (1º Semestre 2015), da autoria do DGRSRS-RMRNCCI, as pessoas com idade superior a 65 anos representam 84,5% do total dos utentes da Rede, os utentes referenciados com o motivo de referenciação “necessidade de reabilitação”, por dependência nas atividades de vida diária para as unidade de convalescença, representam 94%.

### 3. A Entrada nas Unidades

A entrada nas unidades selecionadas careceu de uma preparação prévia, em primeiro lugar revimos o nosso projeto de investigação e delineamos uma primeira grelha de observação com as dimensões já descritas, para tal revimos novamente literatura sobre o tema e efetuámos também formação sobre “A escrita em investigação qualitativa” e “Etnografia: disciplina e método”. Tais estratégias permitiram-nos uma inserção mais sustentada no terreno de pesquisa.

Numa primeira instância foram desenvolvidas uma série de contactos e procedimentos para obter autorização para realização do trabalho quer por parte das instituições envolvidas, quer a aprovação pelas respetivas comissões de ética. Após tais consentimentos e aprovações e antes de iniciar o trabalho de campo propriamente dito (observação), dirigi-me por duas vezes ao Hospital onde fica situada a Unidade que apelidámos de azul [UA], a primeira no final de Maio. Tratou-se de uma visita para tratar de aspetos burocráticos, pois foi necessário assinar um protocolo de investigação.

*“Esta visita decorreu sem incidentes, fui recebida pelo Sr. Diretor no seu gabinete (espaço amplo, arejado, sóbrio mas luminoso) (...) foram-me esclarecidos aspetos que teria que efetuar, nomeadamente a realização de um cronograma de atividades atualizado.*

*Passado cerca de um mês [já em Junho] voltei à unidade já com o solicitado e desta vez fui recebida pelo Sr. Diretor e Coordenador da Unidade A, que passarei a chamar de [UA] por ser mais prático.*

*Esclareci mais uma vez o que pretendia com o estudo (já o tinha efetuado anteriormente em conversas informais e tinha enviado o projeto de tese).*

*Combinámos a minha apresentação à equipa e utentes. Como estaria ausente e eu estava em final de ano letivo, combinámos que iniciaria o trabalho de campo em Julho.*

*Deveria trazer bata branca com cartão de identificação com o nome e a referência de “Doutoranda em Enfermagem””. (DC – Preparação do trabalho – UA)*

A inserção no terreno na Unidade B que apelidámos de unidade verde [UV] teve início só em 21 de setembro, esta unidade era recente e demorou um pouco mais todo o processo de autorização. Após obtida a mesma fui encaminhada para o Enfermeiro Coordenador.

*“Fiz aqui um percurso semelhante ao efetuado na UA. (...) Ao chegar verifiquei que conhecia vários dos profissionais que ali trabalhavam, desde enfermeiros, auxiliares, médicos e fisioterapeutas.*

*Alguns utentes eram também caras conhecidas.*

*Mostraram-me as instalações, o Enfermeiro Coordenador já tinha informado a equipa da minha vinda e do que ia fazer (eu já tinha disponibilizado anteriormente o projeto de investigação). Tudo isto facilitou a minha inserção no terreno, mostraram-me a sala de trabalho, luminosa, com grandes vidros para o corredor o que facilita a observação, mostraram-me os registos e até a “folha de turno” [folha resumo, com todos os utentes e principais ocorrências – facilita a continuidade dos cuidados e a passagem de ocorrências. Verifico que a atividade de vida eliminação é aqui sempre contemplada, o que facilitará a minha colheita de dados. Têm assinalados os utentes algaliados, a data de realgalhar ou retirar, os que usam fralda e os que são independentes nesta AVD].*



*Tive uma perspectiva global do serviço, tem 21 camas, destas 20 estão ocupadas, 18 destes utentes têm mais de 65 anos e destes 11 têm mais de 80 anos, a patologia subjacente ao internamento mais frequente é o AVC, há outros por feridas nos membros inferiores, a recuperar de cirurgia, acidente ou fratura.” (DC – Preparação do trabalho – UV)*

De referir que as unidades são muito semelhantes, tanto em termos de número de camas, como recursos humanos e ocupação. Também os utentes apresentam características idênticas em termos de idade e tipologia das patologias em conformidade com o caracterizado no DGRSRS-RMRNCCI (2015).

#### **4. O Desenvolvimento da Observação: Os espaços e as interações estabelecidas**

A minha presença nas unidades ocorreu de forma assídua, principalmente na UV por se encontrar geograficamente mais perto. Procurei efetuar observação durante períodos diferentes do dia, permanecendo cerca de 3 a 4 horas. Na UA, permaneci durante mais tempo, aproveitando a deslocação. Sempre que possível procurei efetuar observações durante os períodos do turno da manhã (8-16 horas) e da tarde (16-24 horas), pois as “rotinas” do serviço diferem ao longo do dia.

Apesar de na minha atividade profissional efetuar supervisão de estudantes em ensino clínico, o que permitiu um conhecimento prévio acerca de normas e protocolos, a permanência nestas unidades com um objetivo diferente do habitual, foi para mim por vezes uma surpresa.

Comecei a observar pormenores relacionados com o espaço em si, os cuidados prestados, as interações estabelecidas entre os profissionais, utentes e famílias que até aí me tinham passado despercebidos, talvez porque o foco era diferente.

Uma das diferenças foi a forma como os utentes e familiares entendiam e se referiam a mim, pois enquanto os profissionais me tratavam essencialmente como “Professora”, durante a minha permanência como investigadora e após esclarecer o âmbito e objetivos da mesma, utentes e familiares chamavam-me muitas vezes “Sr.<sup>a</sup> Enfermeira”, dizendo “está a fazer um estudo” ou um “trabalho de doutoramento”, para que não existissem confusões. Esta identidade quase dupla, apesar dos meus receios, não constituiu obstáculo, pois cedo ela foi entendida e transmitida entre os utentes sempre que novos davam entrada.

Tal foi tranquilizador, pois permitiu-me verificar que entendiam perfeitamente as razões da minha presença.

Não entrei em nenhum espaço ou falei mais profundamente com um utente sem previamente ser efetuado um primeiro contacto pelo enfermeiro responsável pelos cuidados. Contudo, rapidamente tal começou a ser desnecessário, pois eram muitas vezes os próprios utentes que me chamavam para conversar um pouco. Eram essencialmente idosos que gostavam de dialogar comigo, talvez por mostrar disponibilidade para ouvir.

Também o espaço físico assim o proporcionou, porque as salas de convívio onde estes permaneciam entre as atividades, refeições, tratamentos e outros cuidados, ficavam no percurso de acesso às salas de trabalho e tinham portas amplas, para que a visualização dos mesmos fosse possível. Sempre que chegava era logo identificada e cumprimentada.

As interações que observei foram sempre autorizadas quer pelos profissionais envolvidos, quer pelos utentes e/ou familiares.

Os profissionais mantiveram desde sempre as suas rotinas apesar da minha presença, mostraram-se disponíveis para responder às perguntas e esclarecer as dúvidas que foram surgindo.

No início, o acesso aos espaços mais íntimos de cuidados foi-me sempre vedado.

*“A privacidade era observada por todos no respeito pela pessoa e pelo corpo (mesmo nos utentes confusos), à medida que caminhava pelos corredores, via portas fechadas ou quando abertas, as cortinas estavam corridas. Alguns sentiram a minha presença (auxiliares e enfermeiro) e*

*imediatamente saíram e disseram “ bom dia”, “estamos nas higenes”, compreendi a mensagem “não entres”.* (DC – Observação 3 – UA).

Também entre os profissionais foi de início por vezes assim:

*“Chega o médico diretor de serviço, sorri, diz “esteja à vontade”, mas dirige-se à equipa de enfermagem e fecha a porta”.* (DC – Observação 2 – UA).

Á medida que o tempo ia decorrendo, a minha presença tornou-se habitual e inclusive assisti a diversas reuniões da equipa (o que de início não aconteceu), sendo-me permitido não só o acesso como a permanência, mesmo quando eram discutidos os “casos”.

*“Cheguei à UV às 14.30h, estavam em reunião, pois a reunião de equipa passou para a tarde, ainda não assisti à mesma”* (DC – Observação 22 – UV)

Um mês depois...

*“Hoje houve reunião da equipa multidisciplinar e assisti. Estavam a equipa de enfermagem, o enfermeiro coordenador, a técnica de serviço social, a terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta, a psicóloga, a animadora sociocultural, a médica e uma administrativa. A médica relembra a propósito da alta de uma utente, que esta deve ser começada a preparar logo na entrada”* [está aqui também subjacente a necessidade de preparação da família] (DC – Observação 29 – UV)

Todos os utentes têm um processo individual do qual consta um plano individual de intervenção que de acordo com as suas expetativas e a situação clínica, é elaborado com o contributo dos elementos da equipa multidisciplinar. Nestas reuniões é discutida a situação do utente, a sua evolução e com base nas mesmas são estabelecidos os objetivos a atingir e as intervenções a desenvolver. Trata-se de um plano integrado, onde a interdisciplinaridade é observada, tendo em vista a recuperação e bem-estar do utente.

Em meados de novembro, já era convidada para “tomar café” nos períodos de pausa.

Também com os utentes, os primeiros diálogos mais profundos decorreram cerca de um mês depois da minha entrada nas unidades, tal deveu-se ao facto de em primeira instância considerar necessário aprofundar o meu conhecimento acerca dos espaços, rotinas e dinâmicas, assim como a necessidade da minha presença ser quase considerada “normal”, não interferindo nessas mesmas rotinas. Para tal foi necessário apreender o espaço simbólico, quase territorial, pois apesar de todos os técnicos e assistentes operacionais terem liberdade de movimento em qualquer espaço, cedo percebi, que a permanência em determinados locais era “dominado” consoante a função ou categoria. Por exemplo nas salas de trabalho das duas unidades onde decorreu a observação, eram presenças habituais, médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. Todos os outros profissionais acediam ao mesmo por exemplo para efetuar registos, mas por períodos mais curtos e por vezes quando necessitavam por exemplo uma caneta, solicitavam autorização para utilizar uma das disponíveis em cima da mesa. Já a copa e sala de refeições era território dos assistentes operacionais, pois os enfermeiros quando auxiliavam os utentes na atividade de vida alimentação, por vezes solicitavam a sua ajuda para localizar os objetos que necessitavam. Na UV batiam sempre á porta quando esta estava encostada.

Por outro lado a simbologia do espaço também ela surge ligada á simbologia do tempo, nas duas unidades existiam salas que consoante o horário, eram alargadas (abrindo portas) e utilizadas como sala de refeições. Logo que estas terminavam, o espaço era reduzido e os utentes deslocalizados.

O mesmo acontecia nos horários estipulados para os diferentes cuidados, quer de higiene quer de eliminação. Portas fechavam-se ou abriam-se procurando o cuidado com a qualidade, mas ao mesmo tempo salvaguardando sempre que possível a privacidade. A este propósito uma auxiliar chama-me a atenção para o sistema de alarme situado na casa de banho.

*“Há utentes que querem estar à vontade e nós se houver condições deixamos”* (DC – Observação 21 – UV)

Mais tarde ficando desperta para esta dimensão, procurei mais pormenores acerca da situação cruzando o conhecimento enraizado no terreno com o estado da arte.

Através do palco das interações estabelecidas nos quotidianos das unidades, senti a necessidade de cruzar a dimensão física do corpo com a dimensão social e cultural, o poder, o controlo e a disciplina sobre o mesmo, com as condições de doença, do sujo e do limpo.

Aprofundei-as teoricamente para conseguir focar as observações e apreender as perspetivas dos profissionais e dos utentes.

Para tal, percebi, que apesar de me ser vedada a presença nos espaços mais íntimos, com o decorrer do tempo a mesma foi “consentida” de acordo com o apreendido na dimensão ética e cultural do cuidado, pois um dia uma enfermeira após ter falado previamente com o utente solicitou que observasse uma ferida da região sagrada.

Primeiro hesitei, mas depois entrei no quarto e observei, até porque o próprio utente estava expectante, assim que entrei disse *“Entre, duas pessoas vêm melhor que uma”* (DC – Observação 30 – UV).

Mais tarde observei outra situação ilustrativa, passada com um utente que estava já em fase avançada de recuperação, este chama a assistente operacional pois queria ir á casa de banho, esta acompanhou-o, ao quarto que ficava no corredor da sala de trabalho onde eu também me dirigia. O utente disse *“no quarto estou mais à vontade”*, chegando á porta do mesmo diz à assistente operacional *“agora deixe-me ali que eu depois chamo, agora já me consigo desenrascar sozinho”*. Esta acompanhou-o dentro do wc, ajudou-o e voltou para o quarto encostando a porta, espera da parte de fora e diz-me *“Como já sabe Sr.ª Enfermeira, assim que começam a ser capazes querem logo fazer estas coisas sozinhos”*. (DC – Observação 39 – UV)

Também na UA assisti a um utente que tinha a alta já agendada e que numa das deslocações ao wc diz para a enfermeira *“menina, já não preciso de ajuda”* (DC – Observação 43 – UA)

Assisto ainda a uma situação de delegação de funções, o enfermeiro de serviço diz à assistente operacional que um dos utentes necessita ir ao wc mas alerta *“por favor não demore”* (DC – Observação 21 – UV).

Tal urgência prendia-se com facto de evitar que o utente pudesse ficar sujo. Também Lopes (2013) refere o cuidado inadiável, impreterível, efetuado muitas vezes à custa desta delegação de funções.

Numa ocasião é-me relatado o ocorrido com uma utente internada que está algaliada por indicação cirúrgica, que tem fralda mas que é levada ao wc assiduamente, pois é importante que a doente se sinta confortável.

## **5. Notas Finais**

Verifiquei através das observações e das vozes que ouvi, que o conforto é uma preocupação patente nestes quotidianos, associado à urgência do cuidado (corpo físico) e à proteção relativamente á exposição associada ao (des)controlo e á disciplina (corpo social), comprometida pela doença e pela dependência.

A relação sujo/limpo tal como descrita por Douglas (1991) e Lopes (2013), emerge neste contexto, associada ao conforto e desconforto gerido num cenário complexo de interações, intrincado numa cultura profissional onde por um lado se privilegia a qualidade e a segurança e por outro lado, se procura dar espaço á privacidade do utente.

O processo de construção de cuidados ao idoso é complexo, estando subjacente ao mesmo uma dialética permanente entre a idiossincrasia do indivíduo, a relação deste com o meio ambiente e a forma como constrói, reconstrói e desenvolve as suas potencialidades (Costa, 2006).

Desta forma a continuidade do trabalho, é premente, sendo necessário passar à observação focalizada, nomeadamente o foco cuidados e interação profissional/família/utente, no intuito de perceber a questão da participação ou não nesses cuidados, iniciar as entrevista no intuito de perceber os porquês e analisar as imagens de objetos que fui recolhendo.

Tudo isto para ir cruzando o conhecimento enraizado no terreno com o estado da arte no intuito de conhecer como o corpo incorporado e culturalmente vivido, o espaço de si e dos outros as percepções e simbolismos se cruzam na esfera semiprivada de um quotidiano que surge inscrito numa vulnerabilidade difícil gerir tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

## Referências

Associação Portuguesa de Urologia (2016). *Semana da Incontinência Urinária*. Recuperado em 12 de março de 2016 em: [http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2016/Dossier\\_da\\_Patologia\\_Inc\\_Urin\\_2016.pdf](http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia2016/Dossier_da_Patologia_Inc_Urin_2016.pdf)

Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26<sup>e</sup> année, N. 1, p. 205-233. Recuperado em 15 de junho de 2016 em: [http://www.persee.fr/doc/ahess\\_0395-2649\\_1971\\_num\\_26\\_1\\_422470](http://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1971_num_26_1_422470)

Costa, Maria. (2006). *Cuidar de idosos*. Lisboa: Formasau.

Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos da Saúde (2015, 1º Semestre). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2015*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Recuperado em 20 de março de 2016 em: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI%201.%20BA%20Semestre%202015.pdf>

Douglas, Mary (1991). *Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70.

Ferreira, Vítor (2013). Resgates sociológicos do corpo: Esboço de um percurso conceptual. *Análise Social*, 2008, XLVIII (3.º), Lisboa, Instituto de Ciências sociais da Universidade de Lisboa, 493-528.

Foley, Anne; Loharuka, Shankar; Barrett, James.; Mathews, Ruth; Williams, Kate; Mcgrother, Catherine; Roe, Brenda (2012). Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC, *Age and Ageing*, Oxford Journals. 41 (1), 35–40.

Le Breton, David (2006). *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis: Editora Vozes.

Lopes, Maria (2013). “Do corpo sujo/limpo à primazia do cuidado à pessoa idosa no hospital: Um desafio ao conhecimento de enfermagem”. In Lopes, M. (org.), *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática*. Loures : Lusociência (pp. 275-323).

Nichiata, Lucia; Bertolozzi, Maria; Takahashi, Renata; Fracoli, Lislaine (2008). A Utilização do Conceito “Vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, setembro-outubro; 16 (5). Recuperado em 20 de junho de 2016 em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf)

Resende, José (1999). A Construção social do Corpo nas Sociedades de Modernidade Tardia: Disposições corporais distintas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais, *Forum Sociológico*, Lisboa, n.º 1 e 2 (2ª série), 9-40.

Rodrigues, Natália; Neri, Anita (2012). “Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8): p. 2129-2139. Recuperado em 20 de junho de 2016 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023)

Spiers, Jude (2005). "A concept analysis of vulnerability". In Cutcliffe, J.; McKenna, H. *The Essential Concepts of Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.

Spradley, James (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2009). *Role of the wound ostomy continence nurse or continence care nurse in continence care*. WOCNS. Recuperado em 12 de março de 2016 em: [http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Role\\_of\\_the\\_WOC\\_Nurse\\_or\\_Con.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/Role_of_the_WOC_Nurse_or_Con.pdf)