

**Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu**



**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

# **Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde face aos Idosos**

Bruna Pinto

**Viseu**

2012



**Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu**



**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **Conhecimentos e Atitudes dos Profissionais de Saúde face aos Idosos**

Bruna Pinto

Tese de Mestrado realizada no âmbito do 2º do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação, apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins, Professora Coordenadora.

**Viseu**

2012



## PENSAMENTO

“Nos olhos do jovem arde a chama.

Nos olhos do velho brilha a luz.”

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais,

Sendo maduro, não insista em rejuvenescer,

Sendo velho, não se dedique ao desespero.

Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor

e é preciso que eles escorram entre nós”

Victor Hugo (1802-1885)



## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, por ser a melhor pessoa do mundo.

Ao meu pai e à minha irmã.

A ti, Vítor, por seres o “muito tanto” da minha vida!



## **AGRADECIMENTOS**

De uma forma especial, o meu muito obrigado à Professora Doutora Rosa Martins pelo apoio, orientação e acima de tudo pela Amizade. Desde a licenciatura em enfermagem que é uma referência para mim e que me ajuda a ultrapassar as dificuldades “académicas”. Obrigado por me ter ouvido sempre e por todos conselhos e palavras de incentivo. Obrigado Professora!

Agradeço também à equipa da biblioteca da Escola superior de saúde de Viseu pela excelência no atendimento e pelo tempo e eficiência, com que se sempre me ajudaram.

Agradeço-te Vítor, pelo Amigo, Companheiro, Amor que és para mim. Por me fazeres rir e sentir viva e feliz. Pela compreensão e paciência com que me acompanhas nesta jornada que é a vida.

Agradeço à minha mãe Gina por sempre me ter feito acreditar que ia conseguir, por me amar e aceitar incondicionalmente, por ser a mulher forte e bondosa que é. A ela e ao meu pai Luciano, agradeço o esforço e trabalho árduo que tiveram para que eu pudesse ser enfermeira. À minha irmã Vanessa, por todo apoio que me dá.

Agradeço a todos os colegas de profissão e da equipa multidisciplinar pela adesão ao estudo.

Aos meus colegas, mas acima de tudo aos meus amigos do serviço pela disponibilidade e apoio que sempre me demonstraram.

Aos meus amigos de Especialidade, que de forma direta ou indireta me auxiliaram neste percurso. E, desculpem-me, mas um agradecimento especial à Raquel por ser como é. Vocês sabem do que estou a falar.

A todos o meu Bem-Hajam!



## RESUMO

**Introdução:** Na conjuntura atual, o envelhecimento da população é um fenómeno mundial, o que se traduz no aumento da procura dos serviços de saúde, constituindo esta circunstância, um desafio aos profissionais de saúde. Nesta perspetiva, torna-se fundamental saber quais os conhecimentos que estes possuem em relação aos idosos, bem como, as atitudes que adotam, de modo a perceber se os estereótipos que a sociedade possui em relação à velhice se refletem, ou não, na prestação dos cuidados de saúde.

**Objetivo:** Avaliar os Conhecimentos e Atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais têm efeito significativo nos mesmos.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa e analítica, no qual participaram 80 profissionais de saúde do Centro Hospitalar Tondela – Viseu, EPE (CHTV; EPE), e 80 profissionais de saúde do ACES-Douro Sul, ARS Norte. O Instrumento de colheita de dados integra um questionário sociodemográfico e profissional, o Questionário de Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice e a Escala OP de Kogan – Atitudes face aos idosos. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 20.

**Resultados:** A população estudada é maioritariamente feminina, vivendo acompanhada, com uma média de idades de 40,35 anos e com licenciatura. Verificamos ainda que, os profissionais não têm formação em gerontologia, possuem fracos conhecimentos sobre os idosos, mas apresentam atitudes positivas face aos mesmos. Os dados revelam associações significativas entre a idade e as atitudes face aos idosos, entre a categoria profissional, local de trabalho e a subescala “Inter-relação entre idosos”, entre o género e as subescalas “Aspetos Residenciais”; e “Dependência” da escala de atitudes face aos idosos.

**Conclusão:** As evidências encontradas neste estudo convidam-nos para a elaboração e reflexão sobre novas estratégias, que facilitem o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando o aumento de formação na área de gerontologia dos profissionais de saúde, e promovendo a adoção e incrementação de atitudes positivas destes relativamente aos idosos.

**Palavras-chave:** Conhecimentos e atitudes face aos idosos, profissionais de saúde, envelhecimento, estereótipos.



## ABSTRACT

**Introduction:** In the current climate, population aging is a global phenomenon, which translates into increased demand for health services, making this condition a challenge to health professionals. In this perspective, it becomes essential to know what knowledge they possess about the elderly, as well as the attitudes they adopt in order to see if the stereotypes that society has toward aging are reflected or not in providing health care.

**Objective:** To assess knowledge and attitudes of health professionals against the elderly and to ascertain to what extent the socio-demographic and professional variables have a significant effect on them.

**Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive-correlational, quantitative and analytical, which was attended by 80 health professionals from the Centre Hospitalier Tondela - Viseu, EPE (CHTV; EPE), and 80 health professionals from the Douro-ACES South, North ARS. The instrument integrates a data collection questionnaire socio-demographic and professional, the Knowledge Assessment Questionnaire in relation to old age and the Kogan OP Scale - Attitudes to the elderly. For statistical analysis we used SPSS version 20.

**Results:** The study population was predominantly female, with a mean age of 40.35 years, and marital status together, licensed, and untrained in gerontology, with positive attitudes to the elderly and poor knowledge about these. We obtain the existence of significant influence between attitudes to the elderly and age, among the professional category, the workplace and the subscale "Interrelationship among the elderly," the gender and subscales "Aspects Houses" and "dependence" on the scale of attitudes towards the elderly.

**Conclusion:** The evidence from this study invite us to prepare and reflect on new strategies that facilitate the design of intervention programs training and information aimed at increasing training in the field of gerontology, health professionals, and promoting the adoption and scaling up these positive attitudes towards the elderly.

**Keywords:** Knowledge and attitudes towards the elderly, health professionals, aging stereotypes.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	29
<b>2. CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	31
2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIA .....	31
2.2. CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS OU HOSPITALARES.....	31
2.3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	31
<b>3. A PESSOA E O ENVELHECIMENTO</b> .....	37
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA.....	37
3.2. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	37
<b>3.2.1. Aspetos Biomédicos do Envelhecimento</b> .....	40
<b>3.2.2. Aspetos Psicossociais do Envelhecimento</b> .....	42
3.3. ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE.....	37
<b>3.3.1. Estado de Arte</b> .....	48
<b>II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA</b> .....	51
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	53
4.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO .....	53
4.2. VARIÁVEIS .....	53
4.3. AMOSTRA .....	53
4.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO .....	53
4.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	53
4.6. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	53
<b>III PARTE - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	69
<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	71
5.1 . ANÁLISE DESCRITIVA.....	71
5.2 . ANÁLISE INFERENCIAL.....	81
<b>6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	97
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	105
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	109
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	
<b>ANEXO II - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Conceitual das Variáveis em Estudo .....	55
<b>Figura 2</b> - Esquema síntese da Atitude dos profissionais de saúde face aos idosos .....	95



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Estatísticas relativas à idade segundo género .....	72
<b>Tabela 2</b> - Caracterização Sociodemográfica da amostra em relação ao género .....	75
<b>Tabela 3</b> - Caracterização Profissional da Amostra .....	77
<b>Tabela 4</b> - Estatísticas relativas às atitudes face aos idosos segundo o género .....	78
<b>Tabela 5</b> - Classificação das atitudes face aos idosos em função do género.....	79
<b>Tabela 6</b> - Estatísticas relativas aos conhecimentos em relação à velhice segundo o género .....	80
<b>Tabela 7</b> - Classificação dos conhecimentos em função do género.....	80
<b>Tabela 8</b> - Teste t de student entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o género .....	82
<b>Tabela 9</b> - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a idade.....	82
<b>Tabela 10</b> - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o estado civil.....	83
<b>Tabela 11</b> - Teste Kruskal-Wallis entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e as habilitações literárias.....	84
<b>Tabela 12</b> - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a formação na área de gerontologia .....	85
<b>Tabela 13</b> - Teste U de Mann-Whitney entre a presença de idosos no agregado familiar e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.....	85
<b>Tabela 14</b> - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a categoria profissional .....	86
<b>Tabela 15</b> - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o local de trabalho .....	87
<b>Tabela 16</b> - Teste T entre conhecimentos em relação à velhice e o género .....	88
<b>Tabela 17</b> - Teste T entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a idade ...	89
<b>Tabela 18</b> - Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos em relação à velhice e o estado civil .....	89
<b>Tabela 19</b> - Teste Kruskal-Wallis entre conhecimentos em relação à velhice e as habilitações literárias .....	90
<b>Tabela 20</b> - Teste T entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a formação na área de gerontologia .....	91
<b>Tabela 21</b> - Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos em relação à velhice e o idoso no agregado família .....	91
<b>Tabela 22</b> - Teste U de Mann-Whitney entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a categoria profissional .....	92
<b>Tabela 23</b> - Teste U de Mann-Whitney entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e o local de trabalho.....	93
<b>Tabela 24</b> - Correlação de Pearson entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e variáveis independentes .....	94



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Atitudes Face aos Idosos: Operacionalização .....	58
<b>Quadro 2</b> - Atitudes Face aos Idosos: Consistência Interna (estudo dos itens) .....	58
<b>Quadro 3</b> - Atitudes Face aos Idosos: Consistência Interna (estudo das subescalas) .....	60
<b>Quadro 4</b> - Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice .....	61
<b>Quadro 5</b> - Avaliação dos Conhecimentos em Relação á Velhice: Consistência Interna (estudo dos itens) .....	62
<b>Quadro 6</b> - Regressão múltipla entre a atitude dos profissionais de saúde face aos idosos e as variáveis independentes.....	94



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CPP/2010- Classificação Portuguesa das Profissões de 2010

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde

CSP-Cuidados de Saúde Primários

SNS- Sistema Nacional de Saúde

CRP-Constituição da República Portuguesa

USF- Unidade de Saúde Familiar

UCSP - Unidade de cuidados de saúde personalizados

UCC - Unidade de cuidados na comunidade

USP - Unidade de saúde pública

URAP - Unidade de recursos assistenciais partilhados

ULS – Unidade Local de Saúde

EPE – Empresas Públicas Empresariais

SPA – Setor Público Administrativo

PPP – Parcerias Público-Privadas

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

c. f. - Conforme

N- Frequência Absoluta

% - Frequência Percentual

Dp – Desvio padrão

CV – Coeficiente de variação

Min. – mínimo

Max. - máximo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

p – significância estatística

t – teste *t* de *Student*

r – coeficiente de correlação de Pearson

s – desvio padrão

R – amplitude amostral

$\bar{x}$  - média

## 1. INTRODUÇÃO

Com a crescente modernização da sociedade, indicada pela presença de tecnologias avançadas de produção de cuidados de saúde, a esperança média de vida tem aumentado, e, a longevidade do ser humano assume números cada vez mais elevados. A *WORLD HEALTH ORGANIZATION* prevê que a população mundial com mais de 60 anos duplique, atingindo aproximadamente um bilião em 2020. Pensa-se que em 2050, a população asiática com idade superior a 65 anos irá triplicar e que 30% da população Europeia terá mais de 65 anos (WHO, 2002).

“O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas.” (FONSECA e PAÚL, 2005)

Este fenómeno mundial levanta preocupações e questões sobre o bem-estar dos mais velhos, o que obriga a sociedade a refletir sobre as atitudes e comportamentos que adota perante a velhice. “É recorrente a oscilação entre a glorificação e a depreciação da figura do velho, a aceitação e rejeição da velhice, o realismo e o idealismo na consideração das características da velhice e dos idosos.” (NERI, 2006)

Todas as ideias pré-concebidas da sociedade face aos idosos origina um tipo de discriminação social que os afeta. Todos os estereótipos levam a que as pessoas assumam comportamentos com os idosos tomando-os como naturais, como se fosse a atitude correta a ter, “O avozinho quer um leitinho?”

“Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como, das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam, uma vez que negam o processo de desenvolvimento.” (MARTINS e RODRIGUES, 2004)

Enquanto seres humanos e grupo integrante da sociedade, também os profissionais de saúde carregam consigo as influencias dos estereótipos sociais. E a representação que estes têm dos idosos e do envelhecimento vai, de uma forma, ou de outra, condicionar a prática dos cuidados.

Entender a multidimensionalidade das atitudes perante a velhice e as causas que levam a que estas sejam adotadas, torna-se fundamental para a promoção de comportamentos

assertivos. Facilmente se reconhece a relação entre conhecimentos, atitudes e estereótipos sobre a velhice, bem como, se admite que estes orientam a forma como os profissionais de saúde cuidam dos idosos. Sabendo nós, que as atitudes são apreendidas socialmente, a formação e a educação desempenham um papel que consideramos fundamental para a fomentação da mudança. Nesta perspectiva, equaciona-se a probabilidade de que aumentando a informação destes profissionais, estes dissolvam alguns estereótipos sobre a velhice e, conseqüentemente mudem os seus comportamentos e as suas atitudes para patamares de crescente positividade.

Assim, este estudo tem como objetivo central avaliar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos. Para além do geral, pretende-se ainda atingir os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os participantes do estudo;
- Identificar os conhecimentos e atitudes que os profissionais de saúde apresentam face aos idosos;
- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre os idosos;
- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos;
- Averiguar se as variáveis de carácter profissional influenciam os conhecimentos e atitudes face aos idosos;
- Analisar a relação existente entre os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre os idosos e as atitudes que desenvolvem.

Só conhecendo a realidade em que trabalham os profissionais, é possível implementar a mudança e adotar atitudes assertivas no tratamento a idosos. Daí a pertinência e a escolha deste tema. Corroboramos com PAÚL (2005) quando afirma que “é porque trabalhamos com velhos, ou porque estamos ligados por afetos a velhos, e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa.”

Para o efeito desenvolvemos este documento cuja estrutura, se encontra agregada em três partes: a primeira que corresponde ao enquadramento teórico, a segunda designada investigação empírica e a terceira apresentação e análise dos resultados. No enquadramento teórico apresentamos uma revisão da literatura onde são abordados os temas mais atuais

relacionados com a temática em estudo. Na segunda parte, apresenta-se a investigação empírica, que integra a definição do tipo de estudo, descreve as variáveis, expressa e caracteriza a técnica de amostragem e apresenta e discrimina o instrumento de colheita de dados. Posteriormente, procede-se à apresentação, análise e interpretação dos resultados, com uma discussão dos resultados fruto da confrontação dos dados e dos estudos seleccionados. Por último elaboram-se as principais conclusões do estudo, referem-se algumas limitações e deixam-se sugestões com implicações para a prática clínica.



## **I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 2. CUIDADOS DE SAÚDE

O acesso dos indivíduos a cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é preconizado pela Constituição da República Portuguesa (CRP), sendo consagrado pelos princípios fundamentais da universalidade (destinado a todos os cidadãos, sem discriminação), generalidade (prevenção, tratamento e reabilitação) e gratuidade tendencial (financiado pelo Estado e com escasso recurso ao pagamento direto dos utentes) (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2011).

A velhice e o envelhecimento causam na sociedade um impacto muito significativo em várias áreas, nomeadamente no que diz respeito à saúde. Assim, uma vez que este estudo procura em seu fim último melhorar a prestação de cuidados dos profissionais de saúde, torna-se fundamental fazer uma breve alusão aos cuidados disponíveis e regulamentados.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) determina que o SNS deve ser universal relativamente à população abrangida, prestando ou garantindo de forma integrada cuidados globais, que devem ser tendencialmente gratuitos, “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”, de forma a garantir a equidade no acesso de cuidados de saúde dos utentes, procurando a diminuição dos efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados. Por último, a mesma Lei de Bases refere que o SNS deve apresentar uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada. Os indivíduos têm direito a usufruir de todo o tipo de cuidados de saúde, tornando-se fundamental “uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (alínea b) do n.º 3 do artigo 64º da CRP).

A Lei de Bases da Saúde, Base XIII reporta-se aos níveis de cuidados de saúde referindo que: “ Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica sobre os utentes”. Estabelece-se assim, um sistema de saúde estratificado, onde, os serviços de saúde se devem articular entre si, em prol dos interesses dos utentes que, de forma equitativa devem aceder aos cuidados de saúde, tendo como referencia que os cuidados primários devem situar-se junto às comunidades e os diferenciados englobam um maior número da população, visto que tratam estados de saúde específicos. Desta forma, o atual sistema de saúde português está estruturado em níveis diferenciados de prestação de

cuidados: os primários, os secundários ou hospitalares e os terciários ou continuados (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2011).

## 2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), os Cuidados de Saúde Primários “Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. A mesma declaração aponta a necessidade de uma ação iminente por parte das entidades governamentais, dos profissionais de saúde e da comunidade mundial, de impulsionar a saúde da população mundial.

“ (...) Cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por finalidade a resolução dos principais problemas de saúde da comunidade e englobando ações de promoção da saúde, de prevenção de cuidados curativos, de reabilitação ou fim de vida. Exigem e fomentam a autorresponsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e dos indivíduos no planeamento, organização, funcionamento e controle dos cuidados de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades” (BISCAIA *et al.*, 2008)

Em Portugal, os CSP estão organizados por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); Outras unidades ou serviços propostos pela respetiva administração regional de saúde (ARS) e aprovados por despacho do Ministro da Saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. (DECRETO-LEI n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são considerados, desde há três décadas, como o fator fundamental para o adequado desenvolvimento de uma política de saúde

centrada nos cidadãos e nas suas elementares necessidades nesta área (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978).

## 2.2. CUIDADOS DE SAÚDE SECUNDÁRIOS OU HOSPITALARES

Os cuidados secundários ou hospitalares podem ser definidos pelo “conjunto de atividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar e realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada”. (SANTANA e COSTA, 2008)

Segundo a ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2011), os cuidados secundários são cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente, consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamento, e serviços de urgência aos indivíduos de determinada região geográfica. Atualmente, integram a Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, em função da forma da sua organização, Hospitais Autónomos, Centros Hospitalares e ULS e, em função da sua natureza jurídica, Hospitais EPE, Hospitais SPA e Hospitais PPP.

A articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares é benéfica pois minimiza os custos com a saúde, favorece a celeridade dos cuidados e melhora a qualidade dos serviços prestados (PINHEIRO, 2008).

## 2.3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (ed. 2011), elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística são consideradas como profissões de saúde as seguintes: médicos, enfermeiros, especialistas em medicina tradicional e alternativa, médico dentista, profissional paramédico, farmacêuticos, veterinários, nutricionistas, fisioterapeutas, especialistas em saúde ambiental, audiologistas e óticos.

A presente investigação incide essencialmente sobre médicos e enfermeiros. A atividade profissional dos médicos compreende “ o estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, enfermidades, lesões e outros danos físicos e mentais em humanos

através da aplicação de princípios e procedimentos da medicina moderna”. Já os enfermeiros de cuidados gerais têm a seu cargo as seguintes funções: coordenar, organizar, realizar, supervisionar e avaliar intervenções de enfermagem, solicitadas pela condição de saúde do indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reintegração social; definir técnicas e meios a usar na prestação de cuidados de enfermagem; manter e recuperar as funções vitais; administrar a terapêutica prescrita, elaborar e realizar protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; guiar o utente sobre a administração e utilização de medicamentos e tratamentos; produzir e participar em investigações científicas da área da enfermagem. (CPP/2010, 2011) São várias as especialidades médicas desde técnicas, a médicas ou cirúrgicas. A nível de estatísticas em 2010 existiam em Portugal 41.431 médicos, sendo 20.652 do sexo masculino e 20.779 do sexo feminino. (INE, PORDATA, 2011)

O REPE, Artigo 4º, conceito nº 2, define enfermeiro como “o profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

“...O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

A profissão de Enfermagem compreende também especialidades sendo reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros as seguintes: Especialidade em Enfermagem Comunitária, Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A profissão de enfermagem sofreu alterações ao longo dos tempos, sendo que em 1988 foi integrado o Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no subsistema Politécnico, transformando o curso em bacharelato. Em 1998 foi criada a Ordem dos Enfermeiros, responsável pela “regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem.”

Este novo fator colaborou para que a formação em enfermagem passa-se a ser um Curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem. Atualmente, o Curso de Licenciatura em Enfermagem é lecionado em Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, públicas ou privadas.

No que diz respeito a estatísticas portuguesas, ainda que enfermagem já não carregue consigo o paradigma de profissão feminina, que outrora a caracterizava, verifica-se que em 2011 o número de enfermeiras ainda é superior ao número de enfermeiros (52.471 mulheres para 12.064 homens). Contata-se também, existirem 7.662 enfermeiros a trabalhar em centros de saúde e 34.438 a trabalhar em hospitais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).



### **3. A PESSOA E O ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento populacional passou a ser uma realidade e não uma expectativa. O envelhecimento demográfico da população é um fenómeno global, e também um dos maiores desafios e triunfos da humanidade. “As sociedades têm agora o luxo de envelhecer, mas as consequências para as nações, governos e indivíduos, constituem um motivo de preocupação presente um pouco por todo o mundo” (FIGUEIREDO, 2007).

#### **3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA**

Na Europa, o processo de envelhecimento da população aconteceu de forma gradual, durante o período de desenvolvimento socioeconómico. Este processo inicia-se com a redução das taxas de mortalidade e fecundidade e aumento na expectativa de vida. Este aumento, por seu lado, advém de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da evolução do conhecimento médico, técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, complementando-se com o desenvolvimento social e económico, cujos impactos benéficos na saúde das populações são já fatos adquiridos (FERNANDES, 2007). Contudo, o desafio neste processo prende-se com a necessidade de ter que aumentar os recursos para melhorar e manter a saúde deste grupo etário, proporcionalmente às suas necessidades. Tudo isto acarreta alterações políticas, económicas e financeiras para fazer jus às necessidades desta nova população. (FERNANDES, 2001; FIGUEIREDO, 2007)

Como já foi referido, o envelhecimento é um acontecimento global e Portugal não escapa a esta tendência, sendo mesmo considerado um dos países mais envelhecidos da Europa. A estrutura demográfica da sociedade portuguesa tem-se alterado no sentido do envelhecimento da população contribuindo para esta realidade o decréscimo da natalidade e fecundidade, o aumento da proporção de pessoas idosas (com 65 ou mais anos) e o saldo migratório tendencialmente decrescente (FERNANDES e BOTELHO, 2007, MOURA, 2006).

Os resultados provisórios dos Censos 2011, referenciados ao dia 21 de Março de 2011, revelam que se agravou o envelhecimento da população na última década. Em 2011, Portugal tem cerca de 19% (2,023 milhões) de pessoas com 65 ou mais anos de idade.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada, 11% de mulheres e 8% de homens.

O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que cresceu cerca de 21% na última década. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6%. Estes resultados refletem o perfil demográfico do país, caracterizado por um aumento da população mais idosa e pela diminuição da população mais jovem, motivado sobretudo pelo decréscimo da natalidade. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem.

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território.

Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas (400 964) ou a residir exclusivamente com outras pessoas, com 65 ou mais anos (804 577), aumentou cerca de 28%, tendo passado de 942 594 em 2001, para 1 205 541 em 2011.

O aumento da esperança média de vida, a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas terão, certamente, contribuído para explicar as mudanças observadas e as diferenças que se verificam entre as regiões do país.

A percentagem de população de pessoas com 65 anos ou mais que vivem sozinhas é de 19.8%, registando um aumento de 29%, na última década. O número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos é de 39.8%, tendo um crescimento idêntico (28%).

No que diz respeito a idosos institucionalizados, de acordo com a carta social, 2012, existem cerca de 71.366 idosos a residir em lares de idosos em Portugal, e cerca de 865 a

viver em residências, perfazendo um total de 72.231 idosos, num universo de 2,023 milhões de idosos.

O aumento da população idosa traduz-se também no mercado de trabalho, originando, também um envelhecimento da população ativa. Em 2011 a população ativa dos 60 aos 70 anos é de 378.9 milhares de indivíduos, sendo que, 352.9 milhares se encontram empregados e 26.0 milhares se encontram desempregados (INE, 2012).

Analisando as estatísticas portuguesas verifica-se também, através de dados fornecidos pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR), que o número de acidentes envolvendo condutores com mais de 65 anos é menor comparativamente com os grupos etários mais jovens. Tomando como exemplo, o grupo de condutores dos 30 aos 40 anos, desde 1996 até 2011, verificou-se que o número de acidentes foi de 263.045 (13.559, em 2011) versus 72.972 (5.236, em 2011) em que os condutores tinham 65 ou mais anos.

No que concerne à realidade económica MARTINS e SANTOS (2008), num estudo realizado sobre a pobreza no nosso país (pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade), verificaram que, cerca de dois terços dos idosos pensionistas são pobres. Os valores das pensões são relativamente baixos, não só porque os salários de referência são reduzidos, mas também porque as carreiras contributivas foram, em geral, muito curtas. Através da segurança social do distrito de Viseu foi referido que em 2011 a média de rendimento mensal por idoso eram cerca de 267 euros.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno produz impacto nas políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de cariz individual, através da adoção de novos estilos de vida. Em Portugal o envelhecimento demográfico transforma-se numa luta que o país tem que travar, quer devido à sua intensidade, quer à sua amplitude. Torna-se assim fundamental definir metas e políticas futuras, visto que a nossa sociedade não está ainda preparada para dar uma resposta apta e segura às mudanças acentuadas da estrutura demográfica (FERNANDES, 2001), prevendo-se que em 2048 existirão em Portugal 265 idosos por cada 100 jovens (CARRILHO e PATRICIO, 2009).

## 3.2 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Para melhor compreensão da temática abordada entenda-se o processo de envelhecimento, como “um fenómeno biopsicossocial fortemente influenciado pela cultura e pelas condições e contextos de vida.” (COUTO, MARIA CLARA *et al*, 2009)

O conceito de envelhecimento, e de idoso varia de cultura para cultura e ao longo dos tempos. Ser idoso é o contrário de ser jovem, é este o estigma social da velhice, a oposição à juventude, sendo que, a juventude é tida como os anos gloriosos, como a diversão, a alegria, sempre com um sentido positivo, e a velhice, pelo contrário, com uma conotação negativa, de doença, de degradação, de dependência, de morte. Há, assim, um reforço no culto da juventude, e, já que o envelhecimento não se pode evitar, é adiado o mais possível. Isto porque, a velhice é “recompensada” com estereótipos e preconceitos que, a reduzem a uma fase de declínio e perdas.

Não existe uma definição de envelhecimento que abarque os vários aspetos que o constituem, bem como, não há uma idade determinada, em que este processo se inicie. NETTO (1996) conceitua envelhecimento como “processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”

O envelhecimento saudável, é assim percecionado como a capacidade para continuar a funcionar física, mental, social e economicamente a par com o processo gradual de senescência do corpo (HANSEN-KYLE, 2005).

### 3.2.1. Aspetos Biomédicos do Envelhecimento

Num ponto de vista mais biológico referencia-se o envelhecimento como uma etapa resultante da vida, que tem início com o nascimento, passando pela perda de capacidades funcionais do organismo e terminando com a morte. (NETTO, 2011)

Ao longo do ciclo vital o organismo vai-se alterando, e ocorrem mudanças em todos os sistemas do corpo humano, havendo funções que, com o envelhecimento se perdem ou transformam. É fundamental, ter em atenção que, as pessoas não envelhecem sempre da mesma forma. “As suas próprias características individuais e genéticas, o meio em que cresceu

e se desenvolveu, bem como o seu historial profissional influenciam o seu processo de envelhecimento. Deste modo encontram-se indivíduos com a mesma idade mas com capacidades completamente diferentes.” (COSTA, 2008)

No envelhecimento normal, por volta dos 40 anos há diminuição da força e massa muscular, verificando-se uma perda significativa após os 65 anos. A função pulmonar sofre também alterações, havendo maior rigidez da caixa torácica, diminuindo a sua compliance, e a força dos músculos expiratórios, produzindo assim, um maior esforço respiratório. O sistema respiratório mantém uma adequada resposta ventilatória à pessoa durante o envelhecimento, contudo torna os idosos mais vulneráveis à insuficiência respiratória.

Assim, admite-se que a capacidade para elaborar uma tarefa, um trabalho, diminui com a idade, consequência do menor consumo de oxigénio do organismo para a realização de um exercício dinâmico. (FREITAS, KOPILER, CAMPOS, GORZINI, 2011).

A nível do sistema nervoso verifica-se diminuição do número de dendritos, levando a diminuição das sinapses, agravando, conseqüentemente as neuro transmissões. “O tempo de reação diminui com a idade” (TILLEY, 2002 *cit in* COSTA, 2008). Assim, há uma deterioração, em pessoas idosas saudáveis da cognição, menor destreza nos movimentos finos e modificações na memória recente, o que se traduz numa diminuição da capacidade de aprendizagem, e de reação a estímulos externos. (PEREIRA, 2011)

Há vários estudos que revelam a forma como as estruturas e habilidades cognitivas se alteram ao longo da vida. Em 1997, VERHAEGEN e SALTHOUSE realizaram uma investigação onde se conclui que, as capacidades de raciocínio, rapidez e memória diminuem significativamente antes dos 50 anos de idade. CHENGALUR (2004) *cit in* COSTA (2008), referem que, com a diminuição da cognição com a idade, torna-se mais difícil e prolongado apreender novas matérias.

O avançar da idade acarreta também alterações a nível dos sentidos. Ainda que, a perda de visão e a audição sejam mais vulgarmente associadas à velhice o fato é que todos órgãos dos sentidos são afetados.

A diminuição da capacidade visual pode instalar-se gradualmente, sendo que o doente não se apercebe, nem valoriza esta alteração, apresentando dificuldade na adaptação ao escuro, na discriminação de cores, na capacidade de leitura, na tolerância ao brilho. Já no que diz respeito à audição, as principais causas da perda desta função prende-se com a diminuição de células sensoriais auditivas e de neurónios dos tecidos da cóclea.

A idade avançada acarreta ainda transtornos olfativos, as taxas de recuperação olfativa são menores, bem como alterações no paladar, afetando a capacidade gustativa da língua, podendo originar quedas na alimentação, aumentando o risco de desnutrição, devido a alterações sensoriais na cavidade oral. As reduções no tato, relacionam-se com a sensação de dor, vibração, frio, calor e pressão. (PEDRÃO, 2011)

Ainda que biologicamente haja diminuição de capacidades decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente perdas visuais e auditivas, redução da velocidade de processamento de informação, entre outras, com a idade não é sempre a perder. Ficar mais velho acarreta também um acúmulo de experiências, conhecimentos, responsabilidades, autoconfiança e maior controle de vida.

Posto isto, e visto que há um envelhecimento da população ativa questiona-se a capacidade para o trabalho das pessoas com mais idade. De acordo com SHEPARD (2000), a produtividade varia em função do tipo de tarefa realizada. Tendo em conta um estudo realizado com trabalhadores numa lavandaria (GUILLES e ROGEZ, (2002) *cit in*, PEREIRA 2006) concluiu-se que os elementos mais idosos tinham um desempenho superior aos mais jovens, resultante de uma maior experiência. ILMARINEM (2001) refere que a boa prestação do trabalhador depende das características do trabalho, uma vez que, com o avanço da idade o indivíduo fica mais debilitado a nível físico, mas mais forte a nível mental. Da mesma forma, os acidentes de trabalho dependem da tarefa executada.

### **3.2.2. Aspetos Psicossociais do Envelhecimento**

A importância da vida em sociedade é inquestionável. O homem como ser social necessita viver em grupo, conviver, estabelecer amizades, relacionamentos que o façam sentir parte integrante de algo. O comportamento social é regido por regras, normas, por papéis que vão sendo desempenhados ao longo da vida. Papeis estes, que mais não são que, comportamentos determinados pelo grupo, estabelecendo expectativas sobre o seu desempenho. (ERBOLATO, 2006)

Com o envelhecimento, há mudanças no papel social do indivíduo. Ainda que, o processo de envelhecimento seja único e individual para cada indivíduo, há alguns acontecimentos que marcam o início do envelhecimento, como o nascimento de netos, a entrada na reforma. Assim, o indivíduo perde o papel produtivo que tinha, bem como, o papel social, desligando-se dos relacionamentos que possuía no emprego, e adquire novos papéis,

nomeadamente o papel de avós, conseguindo com estas alterações maior disponibilidade de tempo e a possibilidade de novas relações sociais.

As consequências desta mudança de papéis, podem ser encaradas de forma positiva, a liberdade de não ter qualquer função laboral obrigatória, o aumento do tempo-livre para a realização de atividades de interesse e a diminuição da responsabilidade individual, tanto perante a vida comunitária como face à família, uma vez que os filhos já são adultos. (ÁVILA, 2006) Ou podem ser encaradas de forma negativa. Em vez de valorizar os ganhos, o indivíduo valoriza as perdas, a perda do status profissional e económico, a diminuição do suporte sócio-familiar, a maior frequência de doenças físicas, a incapacidade crescente. “Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que, acabam por gerar síndromes depressivos.” (BALLONE, 2002 *cit in* MARTINS, 2008). Todos os indivíduos, podem, em qualquer fase da sua vida, desenvolver sintomas depressivos. Nos idosos a probabilidade de sofrer desta patologia é ainda maior, pois apresenta inúmeras limitações e perdas, tendo como consequências sentimentos de auto depreciação. (NETTO, 2002)

No que toca a estes relacionamentos, para garantir experiências positivas o indivíduo reduz os relacionamentos sociais, valorizando mais amizades próximas. Esta seletividade nas relações sociais é mais marcada na velhice, tendo início na idade adulta, o que revela que o investimento afetivo é fundamental para determinar a duração do relacionamento. (ERBOLATO, 2006)

Um dos aspetos mais significativos para a qualidade de vida é o suporte e apoio familiar, dos amigos e o envolvimento nas atividades sociais. Assim, os laços sociais proporcionam suporte social, cognitivo e emocional que os ajuda a manter a autoestima, apresentando maior satisfação com a vida e conseqüentemente melhorias no estado de saúde.

Num estudo realizado por RESENDE *et al*, (2006) a maioria dos participantes mostraram elevado grau de satisfação com a vida e expectativas positivas em relação ao futuro. MARTINS *et al*, (2010) referem que, embora os idosos apresentem alguma dificuldade em revelar os seus sentimentos, a maioria gosta de viver e está satisfeita com o modo como decorreu a vida, dando principal importância à saúde e relações humanas. Os idosos descrevem-se como mais satisfeitos do que os jovens, sendo que esta diferença pode advir do facto das novas gerações serem mais exigentes do que as anteriores. (FREIRE, 2000).

Para além dos laços sociais também a religião é tida como um elemento contributivo para um envelhecimento saudável. A religiosidade e espiritualidade são fatores importantes para a vida das pessoas, principalmente dos idosos. O envolvimento religioso parece ter um efeito protetor para o bem-estar bio-psico-social da pessoa, ajudando a enfrentar as

transformações decorrentes do envelhecimento. Alguns estudos (FELTZER, 1999 *cit in* LEBRÃO *et al*, 2008) referem um aumento da espiritualidade com a idade, referindo ainda existir relação benéfica entre religião e saúde, pois algumas religiões defendem estilos de vida saudável.

Outro aspeto a ter em consideração relaciona-se com a sexualidade e os papéis sexuais na velhice. ERBOLATO, (2006) refere que expressar a sexualidade na velhice pode ser difícil devido aos estereótipos negativos que associam a sexualidade a juventude e beleza. Ainda que o envelhecimento acarrete alterações fisiológicas que condicionam a sexualidade, alterações do desejo sexual, e que os comportamentos sexuais de ambos sexos sofram um declínio ao longo da vida, estas alterações não devem ser sinónimo de decadência sexual, uma vez que a sexualidade não é só e apenas o contato físico, genital coital ou reprodutiva. (LEVINE, 1998 *apud* LIMA, 2006; LOPEZ, 1989 *apud* CUSTÓDIO, 2008). “O sexo e o amor na velhice mudam o caráter explosivo e exuberante da juventude, tomando a forma de ternura, do carinho, do toque subtil, da valorização da sensibilidade dos pequenos gestos, respeitando as diferenças das manifestações no homem e na mulher” (SANTOS, 2011).

### 3.3 - ATITUDES EM RELAÇÃO À VELHICE

Entende-se por atitude “um conjunto de juízos que se desenvolvem a partir das nossas experiências e da informação que possuímos das pessoas ou grupos.” (MARTINS e RODRIGUES, 2004)

Atitude é uma predisposição para o comportamento, uma avaliação que o individuo faz e que guia o seu comportamento, levando-o à ação. São captadas socialmente, enraizando-se no individuo de acordo com as suas experiencias, e a informação, formação que recebe dos pares, da sociedade ao longo da vida.

NERI (2006) citando OSGOOD, SUCCI e TANNENBAUM (1955), refere que as atitudes são formadas por três componentes: a componente avaliativa, que reflete a intensidade e direção e a componente cognitiva, que se relaciona com as crenças e a comportamental, que diz respeito à ação. É na componente cognitiva que se constroem os conhecimentos e as crenças, que são hierarquizados de acordo com a informação recebida e compartilhada com outros elementos do grupo onde o individuo está inserido. Toda a informação e vivências apreendidas no mundo externo permitem-lhe a construção de uma tábua de crenças e valores sobre os quais rege o seu comportamento face à sociedade. Estas crenças são assumidas

pelos restantes membros do grupo, que partilham assim, os mesmos comportamentos. É de notar que, o que é válido numa sociedade, numa cultura pode não ser noutra.

“A velhice é um conceito historicamente construído que se inscreve na dinâmica das atitudes, das crenças e dos valores da sociedade.” (NERI e JORGE, 2006) A velhice e o envelhecimento são parte integrante do ser humano, no entanto, ainda existe muito desconhecimento e preconceito sobre estes processos, talvez pela associação ao declínio e à morte, ideias mal toleradas pelo ser humano.

Estereótipos são pré-conceitos, representações mentais, sociais que condicionam um indivíduo na sua perceção do outro, no seu comportamento perante o outro. Estas conceções pré-definidas têm por base crenças, que mais não são do que informações sobre algo, alguém, e que nos são transmitidas ao longo da nossa vida pelos nossos pais, amigos, pares, enfim, pela sociedade.

Estereótipo é “um “chavão”, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade, ou seja, é uma “generalização” e simplificação de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objetos, podendo ser de natureza positiva ou negativa.” (MARTINS e RODRIGUES, 2004)

“Os estereótipos - que são crenças generalizadas sobre os atributos ou características que definem um determinado grupo social, como, por exemplo, o dos idosos - são transmitidos pela educação e associam-se a práticas sociais discriminativas (NERI, CACHIONI E RESENDE, 2002). Na sociedade é comum verificar-se a depreciação do idoso ou a glorificação deste. Quando se considera que todos os idosos são sábios, bonzinhos, pratica-se uma discriminação positiva, estando-se a definir atributos positivos para todo o grupo social. Em oposição, o estereótipo negativo caracteriza negativamente o grupo, “todos os idosos são rezingões”. (PALMORE, 1990, *apud* NERI, 2006)

São vários os estereótipos relacionados com idosos, sendo os mais comuns, de acordo com um estudo realizado por CHAMPAGN e FRENNET, na Université de Montreal (cit. por (MARTINS e RODRIGUES, 2004) os seguintes:

- Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir;
- Divertem-se e gostam de rir;
- Temem o futuro;
- Gostam de jogar às cartas e outros jogos;

- Gostam de conversar e contar as suas recordações;
- Gostam do apoio dos filhos;
- São pessoas doentes que tomam muita medicação;
- Fazem raciocínios senis;
- Não se preocupam com a sua aparência;
- São muito religiosos e praticantes;
- São muito sensíveis e inseguros;
- Não se interessam pela sexualidade;
- São frágeis para fazer exercício físico;
- São na grande maioria pobres.

Estes preconceitos que a sociedade apresenta relativamente aos idosos, o “Ancianismo”, cujo efeito é a discriminação social baseada no critério da idade, advêm de processos de supergeneralização e supersimplificação. Os idosos são doentes, os idosos não contribuem para a vida em sociedade, todas as pessoas envelhecem da mesma forma, atribuem-se características observadas num grupo reduzido, generalizando-as para toda a população.

Existem ainda outras formas de preconceito, nos anos 70 Kalish identificou um estereótipo compassivo, o new agism, que incide no idoso dependente, inapto. Isto produz um efeito de superproteção dos idosos, que lhes vais tirar autonomia e independência, já que, vão ser tratados como “coitadinhos” e incapazes. Este fato pode ser tão ou mais prejudicial que os estereótipos negativos, os idosos sentem que não são úteis, nem capazes de nada.

*Implicit ageism* é outra forma de estereótipos, (LEVY, 2001) caracterizando-se por sentimentos, crenças e comportamentos tidos pelas pessoas sem que estas tenham consciência, conhecimento ou controle destes, como se fossem naturais, a forma certa de interagir com os idosos. De igual forma, os idosos encaram este tratamento a que são submetidos no trabalho, em serviços de saúde, na sociedade, não como discriminativo, mas como normal.

A presença destas estereotipias pode ser prejudicial, nomeadamente no âmbito das relações interpessoais. Segundo um estudo realizado por MINICHIELLO e COLS. (2000, *cit in* COUTO *et al*, 2009) a auto percepção que os idosos têm de si e o sentimento de segurança na comunidade em que estão inseridos são os aspetos de maior relevância. Eventos discriminatórios vividos presencialmente podem levar o indivíduo a avaliar-se pejorativamente como velho. Ainda que, o indivíduo experiencie o envelhecimento naturalmente, como uma fase da sua vida, acontecimentos negativos de estereotipia, ao ocorrerem repetitivamente poderão originar efeitos cumulativos e levar ao isolamento. Assim, as representações sociais atribuídas aos idosos influenciam o modo como o ser humano envelhece, sendo que, a forma como a sociedade encara o idoso é fundamental para o seu autoconceito no decurso do envelhecimento.

Os profissionais de saúde, como grupo integrante da sociedade, também adquirem representações estereotipadas sobre os idosos. Verificando-se que, estas crenças poderão regular o seu comportamento, as suas atitudes face aos idosos.

Para COLLIÉRE (1989), “a atitude e a maneira de ser da enfermeira perante os doentes, é um conjunto de qualidades que se manifestam, exteriormente, mas que provêm da educação dos sentimentos e de uma vida interior profunda.”

A representação que os enfermeiros têm sobre a velhice e envelhecimento influencia a sua maneira de praticar intervenções de enfermagem com os idosos (ROY, 1996). A visão negativa do envelhecimento, por parte dos enfermeiros, pode influenciar, negativamente, o desenvolvimento de uma velhice saudável.

As atitudes dos enfermeiros perante os idosos podem manifestar-se sob a forma de estereótipos, realçando:

- *automorfismo social*, traduzindo-se como “o não reconhecimento da unicidade do idoso”.
- a *gerontofobia*, o medo irracional de tudo que se relaciona com o envelhecimento e com a velhice.
- *âgismé*, remete-se a todas as formas de discriminação, tendo em consideração a idade.
- a *infantilização* ou “*bebeísmo*” é uma atitude que se traduz habitualmente em tratar o idoso por tu, bem como, pela simplificação acentuada das atividades lúdicas e/ou recreativas e, pela rotinização de programas de atividades, que não

correspondem às necessidades dos indivíduos. (BERGER, 1995 *cit in* MARTINS, e RODRIGUES, 2004).

É de realçar que os mitos e estereótipos estão frequentemente ligados ao desconhecimento sobre a velhice e o envelhecimento, influenciando a maneira como as pessoas se relacionam com os idosos.

Compreender a multidimensionalidade das atitudes face aos idosos, bem como os fatores que as desencadeiam é importantíssimo. Sendo as atitudes aprendidas socialmente, a formação e a educação representam o papel principal para a implementação de atitudes positivas e assertivas perante a velhice. Há que adequar o ensino sobre o processo de envelhecimento realizado nos cursos dos profissionais de saúde.

Para MALLIARAKIS e HEINE (1990), a qualidade e a quantidade do conteúdo do ensino sobre envelhecimento abordado no período de formação académica afetam diretamente a forma como o idoso será cuidado e abordado, quer na vida profissional como na pessoal. Torna-se assim fundamental pesquisar sobre o que é ensinado, como é ensinado, o tempo dispensado ao assunto e qual a importância desse conteúdo no currículo. São poucos os cursos de saúde que disponham de uma disciplina de geriatria ou gerontologia, sendo estas temáticas abordadas de forma muito breve em contextos diversos, e não específicos. Contudo, é importante consciencializar a sociedade que aumentar a informação apenas em contexto académico é insuficiente para modificar a forma como trata os seus idosos. É indispensável promover uma educação ao longo de toda a vida dos cidadãos. É fundamental reconhecer que a educação é um importante fator de promoção de novas atitudes, novas crenças, de mudanças na forma de pensar e agir perante os mais velhos.

“Se os profissionais que lidam com idosos tiverem informações e habilidades mais qualificadas, eles não só trabalharão melhor como terão atitudes mais positivas em face de velhice. Se as pessoas formarem um ponto de vista realista, mas não preconceituoso, em relação à velhice, terão uma velhice melhor e terão disposição de empreender ações sociais para que mais pessoas envelheçam bem” (NERI, 2006).

### **3.3.1. Estado de Arte**

POLIZZI e STEITZ (1998), numa investigação realizada a educadores, concluem que as mulheres apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice do que homens. Os mais velhos apresentaram atitudes mais favoráveis perante a velhice e o envelhecimento do que os mais novos. Os autores afirmam que quanto maior o grau de formação e de conhecimento

gerontológico, maior a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice. Referem ainda que, a convivência com pessoas mais velhas contribui para atitudes mais positivas.

FITZGERALD *et al* (2003) num estudo realizado com alunos de medicina, verificaram que estes possuíam um baixo nível de conhecimentos, fraco interesse por geriatria e atitudes moderadamente negativas. Concluíram, ainda que, contatos prévios com idosos e atitudes positivas estão relacionados positivamente, com o interesse pela área.

MARQUES (2005), numa investigação realizada a 82 enfermeiros concluiu que a atitude apresentada por estes profissionais era maioritariamente neutra, sendo que, as atitudes positivas se verificaram na dimensão inter-relação com idosos e as atitudes negativas com a inter-relação entre gerações.

Um outro estudo realizado, por NERI e JORGE (2006) numa amostra de 277 alunos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, mostrou que os mais jovens, as mulheres e os que interagem com idosos, eram os que apresentavam atitudes mais positivas. Os alunos que tinham tido disciplinas sobre envelhecimento, tiveram mais acertos no questionário de conhecimentos, havendo correlações positivas e significativas entre atitudes e conhecimentos em relação à velhice.

CHEW e GREENHILL, num estudo realizado em 2007, com 31 enfermeiros de um serviço de saúde, verificaram uma atitude positiva destes profissionais face aos idosos, e um défice de conhecimentos sobre os mesmos, referindo inclusive, que o nível de conhecimentos estava aquém do esperado para a amostra em questão. Constataram ainda que, elevados scores no questionário de conhecimentos, correspondiam a atitudes mais positivas.

Também MENEZES, SOUZA e CARDOSO (2007) concluíram, num estudo realizado a 75 estudantes do último ano do curso de Fisioterapia que os conhecimentos que estes detinham sobre os idosos eram bastante fracos.

Já no estudo de RIBEIRO (2007) que envolveu enfermeiros, médicos, técnicas do serviço social e engenheiros, mostrou que, os primeiros apresentavam imagens de carácter moderado face à velhice, as técnicas de serviço social demonstram uma imagem mais positiva, enquanto que, os engenheiros apresentavam as imagens mais negativas.

DOHERTY, MITCHELL, O`NEIL (2011) num estudo aplicado a 190 pessoas que cuidam de idosos num meio rural, nomeadamente, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e estudantes, concluíram que a maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos, tendo sido encontradas diferenças significativas entre as atitudes dos

indivíduos com educação universitária e os sem qualificação superior, ou seja, os primeiros apresentavam atitudes mais positivas que os segundos.

## **II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**



#### 4. METODOLOGIA

Entende-se metodologia como o conjunto de vários mecanismos, que os investigadores desencadeiam, nomeadamente técnicas e documentação, com o fim de alcançar um determinado objetivo, que será fundamental para o desenvolvimento do estudo. (AVISON e FITZGERALD, 1997; CERVO e BERVIN, 2002). Trata-se em descrever pormenorizadamente as ações implementadas para obter o resultado que se pretende com o estudo.

FORTIN (2009) reporta-se à fase metodológica como, “o conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas.”

Assim, neste capítulo descreve-se o planeamento metodológico, necessário ao desenvolvimento da pesquisa, traçando-se o problema a investigar, e consequentemente os objetivos a atingir. Para tal, realizou-se uma revisão da bibliografia, selecionando a mais atual e pertinente, corroborando teoricamente a problemática em estudo.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, os cuidados de saúde à população idosa e as atitudes e conhecimentos são fundamentais para a promoção de um envelhecimento saudável. A génese deste estudo originou-se com base na nossa preocupação sobre os conhecimentos e atitudes que os profissionais de saúde adotam perante os idosos.

Com base nestes pressupostos surgem as seguintes questões de investigação:

- Será que as atitudes e conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre os idosos são favoráveis e suficientes?
- Quais serão os fatores que mais influenciam esses conhecimentos e atitudes?

Na procura de respostas para as questões supracitadas foram formulados os seguintes objetivos:

- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os participantes do estudo;
- Identificar os conhecimentos e atitudes que os profissionais de saúde apresentam face aos idosos;

- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre os idosos;
- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos;
- Averiguar se as variáveis de carácter profissional influenciam os conhecimentos e atitudes face aos idosos;
- Analisar a relação existente entre os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre os idosos e as atitudes que desenvolvem.

#### 4.1. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

No decurso da fase metodológica a atenção do investigador é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e amostra, dos métodos de medida e colheita de dados.” (FORTIN, 2009)

O desenho de investigação é definido como um guia orientador para o investigador, sendo composto por diretrizes correspondentes ao tipo de estudo escolhido. (FORTIN, 2009)

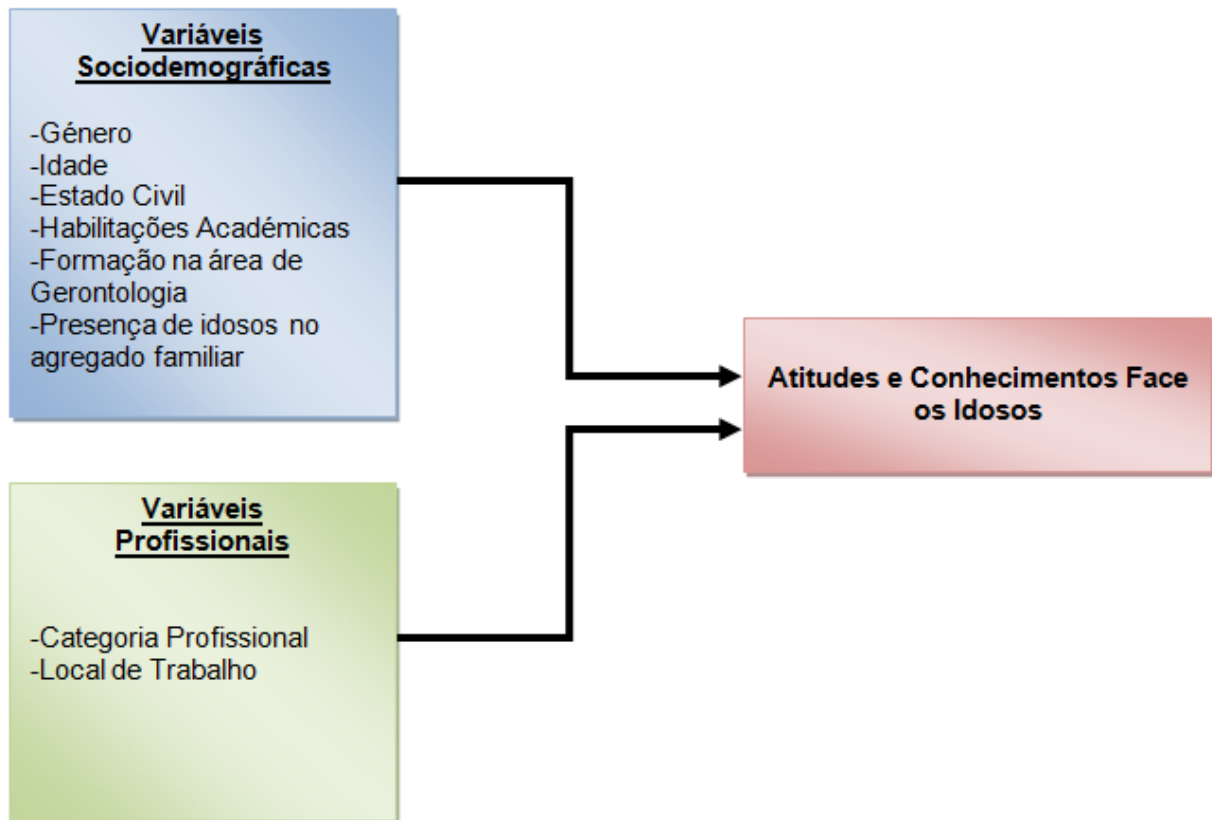
O estudo apresentado é de cariz quantitativo, descritivo, transversal e correlacional.

#### 4.2. VARIÁVEIS

As variáveis são definidas como “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos, de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo.” (FORTIN, 2009)

Existem vários tipos de variáveis, sendo que, neste estudo foram consideradas as variáveis independentes e duas variáveis dependentes.

**Figura 1 - Modelo Conceitual das Variáveis em Estudo**



#### 4.3. AMOSTRA

A população alvo deste estudo inclui enfermeiros e médicos a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários e em Cuidados de Saúde Diferenciados. Entende-se por população alvo o “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (FORTIN, 2009)

Como o estudo da população alvo na sua totalidade é dificilmente exequível, analisa-se a população acessível, sendo esta, a parte da população alvo a que se tem acesso. (FORTIN, 2009). A população acessível deste estudo são todos os médicos e enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde Douro Sul e do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE.

A amostra, “fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (FORTIN, 2009), é constituída por 160 profissionais de saúde, 80 enfermeiros (40 enfermeiros a trabalhar em cuidados de saúde primários e 40 a trabalhar em cuidados de saúde diferenciados), 80 médicos (40 médicos a trabalhar em cuidados de saúde primários e 40 a trabalhar em cuidados de saúde diferenciados). Como critério de inclusão temos, profissionais com exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados.

A colheita de dados decorreu entre Janeiro, Fevereiro e Março de 2012, nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES Douro Sul e nos diversos serviços do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, sendo que, os questionários foram entregues pessoalmente, solicitando-se o seu autopreenchimento, e garantindo-se a confidencialidade neste processo.

O método de amostragem escolhido foi o não-probabilístico, por conveniência. “A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra. Esta corre o risco de não ser representativa (...)”. (FORTIN, 2009)

#### 4.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

FORTIN (2009) define hipótese como um resultado antecipado das relações entre variáveis, estabelecendo uma ligação de associação, ou de causalidade entre elas.

Desta forma, tendo em conta o estudo a elaborar formulam-se as seguintes hipóteses:

- H1- Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e atitudes que os profissionais de saúde têm sobre os idosos.
- H2- As variáveis profissionais influenciam as atitudes dos profissionais de saúde em relação aos idosos.
- H3 - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos que os profissionais de saúde têm sobre os idosos.
- H4 - As variáveis profissionais são preditoras dos conhecimentos que os profissionais de saúde têm sobre os idosos.
- H5- Existe relação entre os conhecimentos que os profissionais de saúde têm sobre idosos e as suas atitudes.

#### 4.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na opinião de FORTIN (2009), “cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao estudo, às suas questões de investigação ou às suas

hipóteses”. Ainda segundo a mesma autora “ o processo de colheita de dados consiste em colher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos participantes”. Desta forma, a recolha de dados é uma das etapas de um trabalho de investigação. Assim, tornou-se necessária a elaboração de um instrumento que permitisse a colheita de dados de acordo com os objetivos da pesquisa e características do estudo.

Relativamente a este estudo, o instrumento usado envolve um questionário sociodemográfico e profissional, a escala OP de Kogan-Atitudes face aos idosos (1961, traduzida por Elisabete Nunes, 1996) e o questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice (Palmore-Neri-Cachioni, 2002), aplicados por autopreenchimento.

O questionário é constituído por 8 questões fechadas, incidindo em variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, formação na área de Gerontologia e presença de idosos no agregado familiar) e profissionais (categoria profissional e local de trabalho).

Optou-se pelo uso da escala OP – Attitude Toward Old People Scale, que foi construída por Kogan em 1961 e validada para a população portuguesa por Nunes (1997) apresentando consistência interna alfa de Cronbach 0.79 e 0.85.

Esta escala possui 34 itens distribuídos por 17 pares de afirmações, 17 positivas e 17 negativas, que permitem avaliar as dimensões da escala (c. f. Quadro 1). Os itens são respondidos numa escala de Likert, através de 6 categorias, pontuadas com os seguintes scores: 1 - Discordo inteiramente; 2 – Discordo; 3 - Discordo ligeiramente; 4 - Concordo ligeiramente; 5 – Concordo; 6 - Concordo inteiramente.

Para poder comparar entre si os resultados obtidos com cada uma das escalas, as pontuações atribuídas aos itens da escala positiva são revertidas, ou seja, a 8 é subtraído o valor atribuído pelo sujeito a cada item positivo. Deste modo, quer se avalie os 34 itens no total, quer se avalie separadamente a escala positiva (17 itens) ou negativa (17 itens), pontuações totais baixas indicam atitudes mais favoráveis para com os idosos, enquanto que valores elevados indicam atitudes mais desfavoráveis. Valores entre 3 e 4 são considerados como neutros. Valores entre 1 e 2 correspondem a atitudes positivas. Valores 5, 6 e 7 correspondem a atitudes negativas.

**Quadro 1 - Atitudes Face aos Idosos: Operacionalização**

Dimensões/Fatores	Conceito	Itens
Aspetos residenciais (Fator I)	Referencia para a segregação, manutenção de uma casa e características da vizinhança.	1; 12; 5; 33; 13; 31
Sentimentos experienciados (Fator II)	Avaliam o grau em que os sentimentos vagos de desconforto e tensão são experienciados na companhia de idosos.	14; 2; 25; 15
Inter-relação entre idosos (Fator III)	Avaliam a forma como os idosos se inter-relacionam com os outros.	27; 7; 28; 20
Relações entre gerações (Fator IV)	Refletem a natureza das relações interpessoais através das gerações- conflituosas ou pacíficas.	30; 6; 19; 10; 18; 26
Dependência (Fator V)	Referência especial à dependência material e afetiva.	4; 23; 32; 11
Estilo cognitivo (Fator VI)	Referem-se ao estilo cognitivo e às qualidades dos idosos. Avaliam as qualidades dos idosos relativamente ao aspeto pessoal e personalidade.	8; 21; 9; 22
Outros Fatores	Itens que na versão portuguesa não foram incluídos em nenhuma das outras subescalas.	24; 29; 16; 34; 3; 17

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* para cada um dos itens e para a escala total (Quadro 2). Para a escala total foi obtido um alfa de *Cronbach* de 0,743, podendo-se confirmar, de acordo com PESTANA e GAGEIRO (2005), que é um alfa de *Cronbach* razoável.

**Quadro 2 - Atitudes Face aos Idosos: Consistência Interna (estudo dos itens)**

Num. Item	Itens	M	Dp	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
1	Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade.	2,27	1,172	0,147	0,739
2	A maioria dos idosos não é diferente das outras pessoas: são tão fáceis de compreender como os jovens.	3,59	1,417	0,087	0,746
3	A maioria dos idosos é incapaz de mudar e só faz aquilo que quer.	2,97	1,297	0,344	0,721
4	A maioria dos idosos preferiam deixar de trabalhar assim, que os filhos tivessem rendimentos para os sustentar.	1,82	1,022	0,238	0,732
5	A maioria dos idosos tende a deixar as suas casas desarrumadas e desleixadas.	2,03	1,053	0,350	0,723
6	Uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas.	4,88	1,037	0,057	0,746
7	Quando nós pensamos sobre isso, os idosos têm os mesmos defeitos que os outros.	4,41	1,343	0,003	0,753
8	A maioria dos idosos deveria preocupar-se mais com o seu aspeto pessoal, são muito desleixados.	2,58	1,191	0,288	0,727
9	Os idosos são, na sua maioria, irritáveis, refilões e desagradáveis.	1,92	1,133	0,430	0,715

10	A maioria dos idosos raramente se queixa do comportamento dos mais novos.	2,90	1,094	0,186	0,736
11	A maioria dos idosos não necessita de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa.	2,13	1,330	0,155	0,739
12	Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares que também tenham pessoas mais novas.	3,31	1,357	0,192	0,735
13	De forma a manter uma vizinhança agradável, será melhor se não houver muitos idosos a viverem lá.	1,66	1,040	0,377	0,721
14	Existe algo de diferente sobre a maioria dos idosos: é difícil imaginar um pensamento que os anima.	2,06	1,084	0,369	0,721
15	A maioria dos idosos faz-nos sentir que é repousante estar com eles.	3,99	1,186	0,124	0,741
16	É loucura pensar que a sabedoria vem com a idade.	2,32	1,236	0,221	0,733
17	A maioria dos idosos é capaz de se adaptar às mudanças sempre que a situação o exija.	3,38	1,204	0,030	0,749
18	A maioria dos idosos passa o tempo a meter-se nos assuntos dos outros e a dar conselhos que ninguém pediu.	2,40	1,027	0,253	0,731
19	A maioria dos idosos está constantemente a queixar-se do comportamento dos mais jovens.	2,72	1,081	0,218	0,733
20	É evidente que os idosos são diferentes uns dos outros.	5,27	1,014	-0,074	0,755
21	A maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspeto pessoal.	3,30	0,950	0,042	0,746
22	Os idosos são, na sua maioria, alegres, bem-humorados e agradáveis.	3,51	0,927	0,039	0,746
23	A maioria dos idosos preferiam continuar a trabalhar até que lhes fosse possível, em vez de estar dependente de qualquer pessoa.	4,59	1,149	0,031	0,749
24	Os idosos têm muito poder nos negócios e na política.	2,74	1,254	0,230	0,732
25	A maioria dos idosos faz-nos sentir pouco à vontade.	2,13	1,116	0,343	0,723
26	Os idosos, na sua maioria, têm tendência para serem discretos e não darem conselhos sem lhes pedirem.	3,26	1,127	0,190	0,735
27	Se os idosos esperam que gostem deles, o seu primeiro passo é livrarem-se das suas faltas irritantes.	2,30	0,964	0,198	0,735
28	Apesar de algumas exceções, os idosos, em geral, são muito parecidos uns com os outros.	2,55	1,115	0,266	0,729
29	Os idosos deveriam ter mais poder nos negócios e na política.	3,26	1,121	0,141	0,740
30	A maioria dos idosos aborrece os outros pela sua insistência em falar "dos bons velhos tempos."	2,51	1,222	0,231	0,732
31	Podemos contar com uma vizinhança agradável, se existir uma quantidade razoável de idosos a viverem lá.	3,88	1,220	0,027	0,750
32	A maioria dos idosos faz exigências excessivas de amor e segurança.	2,47	1,052	0,235	0,732
33	Pode considerar-se que a maioria dos idosos tem as suas casas limpas e agradáveis.	3,60	1,129	0,053	0,747
34	As pessoas tornam-se mais sagazes à medida que envelhecem.	3,45	1,077	0,167	0,737
Alfa de Cronbach Global					0,743

Procedeu-se ainda ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para as seis subescalas da Escala de Atitudes Face aos Idosos, tendo-se obtido valores a oscilar entre 0,773 e 0,732 (Quadro 3), de acordo com PESTANA e GAGEIRO (2005), que é um alfa de Cronbach razoável.

**Quadro 3 - Atitudes Face aos Idosos: Consistência Interna (estudo das subescalas)**

Sub-escalas	Alfa de Cronbach
I (aspectos residenciais)	0,745
II (sentimentos experienciados)	0,732
III (inter-relação entre idosos)	0,754
IV (relações entre gerações)	0,748
V (dependência)	0,762
VI (estilo cognitivo)	0,738
Outros Fatores	0,773
Alfa de Cronbach Global	0,743

Para avaliar os Conhecimentos em relação à Velhice foi utilizado o Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. (CACHIONI, 2002), versão brasileira do *Palmore Aging Quiz* (PALMORE, 1977, 1980).

Este questionário apresenta validação conteúdo, sendo a análise da consistência interna do Questionário Palmore-Neri-Cachioni realizada por meio do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach realizado por Cachioni (2002) apresentou alpha = 0.7545. “No intuito de cumprir uma fase necessária à construção de um instrumento nós realizamos uma validação lógica ou de conteúdo. Uma versão preliminar foi avaliada conceitualmente por oito estudantes de pós-graduação em gerontologia, que conheciam os conceitos, sabiam do nosso propósito e foram esclarecidos sobre o caráter do instrumento. Eles atuaram como juízes e sugeriram mudanças e adaptações, que foram por nós incorporadas.” (CACHIONI, 2002).

Esta escala é constituída por 25 questões, que admitem uma alternativa considerada correta (Quadro 4). Para operacionalização deste questionário, neste estudo, sentiu-se a necessidade de serem criados grupos de corte, tendo por base a fórmula apresentada por PESTANA e GAJEIRO (2005):  $M \pm 0,25 Dp$ .

De acordo com os resultados obtidos a amostra será classificada do seguinte modo:

- Fracos conhecimentos:  $\leq 11$
- Conhecimentos Moderados: 12-13

- Bons conhecimentos  $\geq 14$

**Quadro 4 - Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice**

Perguntas	Alternativa considerada correta	Perguntas	Alternativa considerada correta
1	B	14	A
2	D	15	A
3	A	16	D
4	A	17	A
5	B	18	D
6	A	19	D
7	A	20	D
8	C	21	A
9	D	22	B
10	C	23	A
11	A	24	C
12	A	25	A
13	A		

Com o intuito de verificar a homogeneidade e consistência interna do Questionário para Avaliação dos Conhecimentos em Relação aos Idosos, para este estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* para cada um dos itens e para a escala total (Quadro 5). Para a escala total foi obtido um valor razoável de alfa de *Cronbach* de 0,734 o que, de acordo com PESTANA e GAGEIRO (2005), é um alfa de *Cronbach* razoável.

**Quadro 5 - Avaliação dos Conhecimentos em Relação à Velhice: Consistência Interna (estudo dos itens)**

Num. Item	Itens	M	Dp	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
1	<b>A proporção de pessoas com mais de 65 anos, que apresentam problemas cognitivos severos é:</b> a) uma em 100 b) uma em 10 c) uma em duas d) a maioria	0,43	0,497	0,002	0,745
2	<b>No envelhecimento os sentidos que tendem a enfraquecer são:</b> a) a visão e a audição b) o paladar e o olfato c) a visão, a audição e o tacto d) todos os sentidos	0,49	0,614	0,148	0,786
3	<b>3. A maioria dos casais acima de 65 anos:</b> a) perdem o interesse por sexo b) não são capazes de ter relações sexuais c) continuam a praticar sexo regularmente d) têm uma frequência elevada de atividade sexual	0,51	0,502	0,064	0,722
4	<b>A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:</b> a) tem tendência a piorar b) tem tendência a manter c) tem tendência a melhorar d) não tem relação com idade	0,66	0,474	0,129	0,701
5	<b>Nos idosos a satisfação com a vida:</b> a) não existe b) é maior do que entre os jovens c) é menor do que entre os jovens d) não tem relação com a idade	0,14	0,352	0,019	0,734
6	<b>A força física nos idosos saudáveis:</b> a) tende a declinar com a idade b) tende a permanecer a mesma c) tende a aumentar d) não tem relação com idade	0,92	0,274	0,250	0,790
7	<b>A proporção de portugueses com mais de 65 anos que residem em lares e casas de repouso é de:</b> a) 1 para 100 b) 10 para 100 c) 25 para 100 d) 50 para 100	0,26	0,438	0,055	0,758
8	<b>O número de acidentes que envolve condutores com mais de 65 anos, em comparação com condutores de 30 a 40 anos é:</b> a) maior b) a mesma c) menor d) desconhecida	0,41	0,493	0,199	0,776
9	<b>Em comparação com os trabalhadores com 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:</b> a) maior eficiência b) a mesma eficiência	0,70	0,460	0,090	0,714

	c) menor eficiência d) depende do tipo de trabalho				
10	<b>A proporção de pessoas com 60 a 70 anos que se mantém ativas é:</b> a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade	0,21	0,406	0,050	0,854
11	<b>A flexibilidade de adaptação a mudanças nas pessoas com 60 a 70 anos é:</b> a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade	0,46	0,500	0,105	0,808
12	<b>Em comparação com os jovens a capacidade de aprender em pessoas com 60 a 70 anos é:</b> a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade	0,75	0,434	0,258	0,763
13	<b>Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:</b> a) maior b) menor c) igual d) não depende de idade	0,66	0,476	0,167	0,788
14	<b>Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas com 60 a 70 anos é:</b> a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade	0,93	0,254	0,110	0,818
15	<b>Em comparação com os jovens os idosos:</b> a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas b) procuram mais, fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não depende de idade	0,76	0,427	0,017	0,846
16	<b>Em comparação com os jovens, os idosos são:</b> a) mais emotivos b) menos emotivos c) igualmente emotivos d) não depende de idade	0,20	0,401	0,105	0,868
17	<b>A percentagem de pessoas com mais de 65 anos que vivem sozinhas é:</b> a) 19.8% b) 5% c) 60% d) 35%	0,03	0,175	0,010	0,834
18	<b>A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:</b> a) maior b) igual c) menor d) depende do tipo de tarefa	0,41	0,493	0,160	0,895
19	<b>A percentagem de portugueses acima de 65 anos é:</b> a) 8.2% b) 4.5% c) 26%	0,75	0,434	0,085	0,816

	d)19%				
20	<b>No sistema público de saúde o tratamento a idosos comparativamente com o tratamento a jovens tem prioridade:</b> a) menor b) igual c) maior d) não tem relação com a idade	0,30	0,460	0,013	0,839
21	<b>A maioria dos idosos portugueses têm rendimento mensal de:</b> a) até 1 salário mínimo b) 1 a 3 salários mínimos c) 3 a 5 salários mínimos d) 5 a 10 salários mínimos	0,83	0,381	0,091	0,816
22	<b>A maioria dos idosos são:</b> a) economicamente ativos b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos c) improdutivos d) reformados	0,14	0,352	0,054	0,851
23	<b>A religiosidade tende a:</b> a) crescer com a idade b) diminuir com a idade c) manter-se com a idade d) não tem relação com a idade	0,62	0,487	0,066	0,822
24	<b>Com a idade a maioria dos idosos:</b> a) tornam-se mais emotivos b) tornam-se menos emotivos c) tornam-se emocionalmente mais seletivos d) não mudam	0,21	0,406	0,094	0,766
25	<b>Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos terão:</b> a) mais formação (educação) b) menos formação (educação) c) tanta formação (educação) quanto d) não é possível prever	0,14	0,345	0,101	0,715
Alfa de Cronbach Global					0,734

#### 4.6. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

De maneira a dar início ao tratamento estatístico começou-se pelo processo de colheita de dados e terminou-se com a análise e interpretação dos resultados. Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, procedendo-se em seguida, à codificação e inserção em base de dados e aplicação dos procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial, utilizando o programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics Version 20.

Surgiu assim, em primeiro lugar, a estatística descritiva, onde serão determinadas medidas de distribuição de frequências (frequências relativas e absolutas), medidas de

tendência central ou de localização (média) e medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão e o coeficiente de variação) e medidas de simetria e achatamento (Skewness e Kurtosis), de acordo com as características das variáveis em estudo.

Com o intuito de analisar a simetria (Skewness/error- obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP)) e a curtose (Kurtosis/error- obtém-se através do cociente entre (K) com o erro padrão (EP)) serão tidos como referência os valores que por convenção Pestana e Gageiro (2005) referem:

- $\text{Skewness/error} \leq -1,96$  - distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita;
- $-1,96 < \text{Skewness/error} \leq 1,96$  - distribuição simétrica;
- $\text{Skewness/error} > 1,96$  - distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda;
- $\text{Kurtosis/error} \leq -1,96$  – platicúrtica;
- $-1,96 < \text{Kurtosis/error} \leq 1,96$  – mesocúrtica;
- $\text{Kurtosis/error} > 1,96$  – leptocúrtica.

Relativamente ao coeficiente de variação podemos referir que este permite comparar a variabilidade de duas variáveis, sendo os resultados obtidos interpretados de acordo como valores de referência convencionados por PESTANA e GAGEIRO, (2005):

- Coeficiente de variação  $\geq 15\%$  - dispersão fraca;
- $15\% < \text{Coeficiente de variação} \leq 30\%$  - dispersão média;
- Coeficiente de variação  $> 30\%$  - dispersão elevada.

Na estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos.

No que concerne aos testes paramétricos, foi utilizada para comparação de médias o teste t de Student e análise de regressão (regressão linear) e para avaliar eventuais relações entre as variáveis a correlação r de Pearson. Relativamente aos testes não paramétricos foram aplicados os Testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U.

O Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

O Teste Kruskal-Wallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si, (PESTANA E GAGEIRO, 2005);

Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando se utilizou apenas uma variável dependente e uma independente, efetuou-se uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

O coeficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso.

Para a correlação r de Pearson foram usados valores de r, que por convenção, PESTANA e GAGEIRO (2005), definem:

- $R < 0,2$  - associação muito baixa
- $0,2 \leq r \leq 0,39$  - associação baixa
- $0,4 \leq r \leq 0,69$  - associação moderada
- $0,7 \leq r \leq 0,89$  - associação alta
- $0,9 \leq r \leq 1$  - associação muito alta

As hipóteses colocadas foram testadas com uma probabilidade de 95% de onde resulta um nível de significância de 5,0% ( $\alpha=0,05$ ). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95,0%, caso se verifique a validade da amostra em estudo a existência de uma

relação entre as variáveis. Segundo D'HAINAUT(1990) são tidos como valores de referência os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$  – diferença estatística não significativa
- $p < 0,05$  - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$  - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$  - diferença estatística altamente significativa

Para avaliar a validade das escalas usadas, foram determinados os alfas de Cronbach que, de acordo com PESTANA e GAGEIRO (2005) apresentam a seguinte classificação:

- Alpha de Cronbach  $< 0,60$  → inadmissível
- $0,60 < \text{Alpha de Cronbach} < 0,70$  → fraca
- $0,70 < \text{Alpha de Cronbach} < 0,80$  → razoável
- $0,80 < \text{Alpha de Cronbach} < 0,90$  → boa
- $0,90 > \text{Alpha de Cronbach}$  → muito boa



### **III PARTE - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**



## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, pretende-se caracterizar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para as variáveis em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação.

A apresentação dos resultados é feita através de quadros e gráficos, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

### 5.1 . ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo iremos apresentar a análise descritiva de caracterização sociodemográfica e laboral da nossa amostra.

#### ➤ **Caracterização sociodemográfica:**

##### Idade e Sexo

A tabela 1 mostra que a idade mínima da amostra total é de 26 anos e a máxima 62 anos, com uma média que ronda os 40,35 anos e com um desvio padrão de 11,10. O coeficiente de variação, mostra que estamos perante uma dispersão moderada em torno da média. Atendendo à análise do enviesamento ( $Sk/EP$ ) e do achatamento ( $K/EP$ ), podemos afirmar que se trata de uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Relativamente ao sexo masculino, podemos verificar que a idade mínima é de 26 anos e a máxima de 62 anos, a média centra-se nos 47,88 anos, com um desvio padrão de 11,17. Quanto ao coeficiente de variação, indica que a idade dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma dispersão moderada. Na análise do enviesamento ( $Sk/EP$ ) e do achatamento ( $K/EP$ ), podemos constatar que se trata de uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Quanto à idade dos sujeitos do sexo feminino, observa-se que o valor mínimo é de 28 anos e o máximo de 57 anos, a média centra-se nos 37,03, com um desvio padrão de 9,33 a

oscilar em torno da média. O coeficiente de variação, mostra que a idade dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão moderada. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos concluir que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Realizou-se ainda o t-teste, com o intuito de compreender se existiam diferenças entre a idade e o sexo dos participantes. Concluiu-se pelo *p-value* inferior a 0,050 ( $p=0,000$ ) que de facto existem diferenças estatísticas altamente significativas entre estas duas variáveis.

**Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo género**

Género	N	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Masculino	49	26	62	47,88	11,17	23,33	-2,062	1,943	0,000
Feminino	111	28	57	37,03	9,33	25,20	-1,397	-1,785	0,000
Total	160	26	62	40,35	11,10	27,51	1,234	-3,207	0,000

( $t= 5,944$ ;  $p=0,000$ )

### Grupo etário

A análise dos resultados por grupos etários mostra, que 54,4% dos sujeitos da amostra possuíam uma idade igual ou inferior a 45 anos e 45,6% possuíam uma idade igual ou superior a 46 anos (c. f. Tabela 2). Verificou-se ainda que a maioria dos sujeitos com idade igual ou inferior a 45 anos era na maioria do sexo feminino (65,8%), enquanto a maioria dos sujeitos com idade igual ou superior a 46 anos era maioritariamente do sexo masculino (71,4%). Os valores de  $p=0,000$  revelam a existência de diferenças estatísticas altamente significativas entre grupos.

### Estado Civil

Relativamente ao estado civil observou-se que a maioria da amostra se encontra acompanhado (casados e em união de facto) numa percentagem de 64,4%, sendo que destes a maioria é do sexo masculino (81,6%), enquanto 35,6% dos não acompanhados, (solteiros,

viúvos e divorciados) são na sua maioria do sexo feminino (43,2%) (c. f. Tabela 2). Refira-se ainda que existiram diferenças estatísticas significativas uma vez que o *p-value* é inferior a 0,050 ( $p=0,002$ ).

### Habilitações Literárias

No que diz respeito às habilitações literárias podemos verificar que a maioria da amostra possui licenciatura numa percentagem de 73,8% e que apenas 18,1% dos sujeitos possuem mestrado/pós-licenciatura. A análise em função do sexo revela que a maioria dos sujeitos que possuem licenciatura, assim como, a maioria dos sujeitos que possuem mestrado/pós-licenciatura são do sexo feminino (73,9%; 19,8% respetivamente) (c. f. Tabela 2). Apesar das diferenças o valor de  $p=0,571$ , mostra que, não existem diferenças estatísticas significativas.

### Qual a Licenciatura/Pós-Graduação/Mestrado

Através da análise da tabela 2, podemos observar pelos valores percentuais mais elevados que 34,4% dos sujeitos possuem licenciatura em enfermagem e 50,3% possuem licenciatura em medicina. Podemos ver ainda que relativamente aos mestrados e pós-graduações o seguinte: 2,6% possuem mestrado em Médico-Cirúrgica, 4,0% possuem mestrado em Reabilitação e 3,3% dos sujeitos possuem pós-graduação em Urgência e Emergência.

Os sujeitos que possuem licenciatura em enfermagem e mestrado em Médico-Cirúrgica são na sua maioria do sexo feminino (46,2%; 4,0%), enquanto os sujeitos que possuem licenciatura em Medicina, mestrado em Reabilitação e pós-graduação em Urgência e Emergência são na maioria do sexo masculino (80,0%; 4,4%; 4,4%).

### Formação na área de Gerontologia

No que diz respeito à formação na área de Gerontologia podemos observar que 21,4% dos sujeitos possuem formação nesta área, sendo a maioria do sexo masculino (22,4%) e 78,6% ou seja, mais de metade da amostra não possui qualquer tipo de formação nesta área, sendo estes maioritariamente do sexo feminino (79,1%) (c. f. Tabela 2). Não obstante as diferenças verificadas pelos valores de *p* mostram que estas não são significativas ( $p=0,836$ ).

### Obtenção da formação em Gerontologia

Os resultados sobre esta questão mostram, que 82,9% dos participantes obteve esta formação no curso de Licenciatura, 11,4% no Mestrado e 8,3% refere “outro” sem especificar. Verificou-se ainda que os sujeitos que tiraram esta formação na Licenciatura eram na sua maioria do sexo masculino (90,9%), enquanto os sujeitos que tiraram esta formação no Mestrado, eram maioritariamente do sexo feminino (12,5%; 8,3%) (c. f. Tabela 2). Alude-se ainda ao facto de não terem existido diferenças estatísticas significativas pelo que  $p=0,572$ .

### Idosos no Agregado Familiar

Quisemos saber junto dos participantes se existiam ou não idosos no agregado familiar: as respostas mostram que há uma divisão homogénea de 50,0% em ambos os casos. No que toca ao sexo observou-se que os sujeitos que possuem idosos no agregado familiar são na sua maioria do sexo masculino (51,0%) e a maioria dos sujeitos que responde não é na sua maioria do sexo feminino (50,5%)(c. f. Tabela 2). Observou-se ainda que não se verificaram diferenças estatísticas significativas pelo que  $p=1,000$ .

**Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da amostra em relação ao gênero**

	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Grupo Etário</b>								
≤ 45 Anos	14	28,6	73	65,8	87	54,4	-4,4	4,4
≥ 46 Anos	35	71,4	38	34,2	73	45,6	4,4	-4,4
<b>Estado Civil</b>								
Acompanhado	40	81,6	63	56,8	103	64,4	3,0	-3,0
Não acompanhado	9	18,4	48	43,2	57	35,6	-3,0	3,0
<b>Habilitações Literárias</b>								
Bacharelato	0	0,0	1	0,9	1	0,6	-0,7	0,7
Licenciatura	36	30,5	82	73,9	118	73,8	-0,1	0,1
Pós-graduação	6	12,2	6	5,4	12	7,5	1,5	-1,5
Mestrado/Pós-Licenciatura	7	14,3	22	19,8	29	18,1	-0,8	0,8
<b>Qual a Licenciatura/Pós-graduação/Mestrado</b>								
Enfermagem	3	6,7	49	46,2	52	34,4	-4,7	4,7
Medicina	36	80,0	40	37,7	76	50,3	4,8	-4,8
Médico-cirúrgica	0	0,0	4	3,8	4	2,6	-1,3	1,3
Reabilitação	2	4,4	4	3,8	6	4,0	0,2	-0,2
Saúde Materna	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
Gestão de Unidade de saúde	1	2,2	0	0,0	1	0,7	1,5	-1,5
Supervisão Clínica	1	2,2	0	0,0	1	0,7	1,5	-1,5
Dor crônica	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
Saúde Infantil e Pediátrica	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
Urgência e Emergência	2	4,4	3	2,8	5	3,3	0,5	-0,5
Saúde Comunitária	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
Educação para a Saúde	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
Sociopsicologia da Saúde	0	0,0	1	0,9	1	0,7	-0,7	0,7
<b>Formação na área de Gerontologia</b>								
Sim	11	22,4	23	20,9	34	21,4	0,2	-0,2
Não	38	77,6	87	79,1	125	78,6	-0,2	0,2
<b>Obtenção da formação em Gerontologia</b>								
Licenciatura	10	90,9	19	79,2	29	82,9	0,9	-0,9
Mestrado	1	9,1	3	12,5	4	11,4	-0,3	0,3
Outro	0	0,0	2	8,3	2	5,7	-1,0	1,0
<b>Idosos no agregado familiar</b>								
Sim	25	51,0	55	49,5	80	50,0	0,2	-0,2
Não	24	49,0	56	50,5	80	50,0	-0,2	0,2

### ➤ Caracterização Profissional

#### Categoria Profissional

Considerando a categoria profissional verificou-se, que 50% são médicos, (maioritariamente do sexo masculino - 79,6%), e 50% são enfermeiros, sendo a maioria destes do sexo feminino (63,1%) (c. f. Tabela 3). Mais uma vez o valor de p revela a existência de diferenças estatísticas altamente significativas  $p=0,000$ .

### Área de especialização em Enfermagem

As áreas de especialização em Enfermagem que apresentaram níveis percentuais mais elevados foram a Enfermagem de Reabilitação com uma percentagem de 31,2% e a Enfermagem de Saúde Comunitária com uma percentagem de 25,0%. Pode ainda referir-se que em ambas as especializações a maioria dos sujeitos era do sexo masculino (66,7%; 33,3%) contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas  $p=0,783$ .

### Área de especialização Médica

Tendo por base as especializações médicas apresentadas e considerando os valores percentuais mais elevados podemos ver que a Anestesiologia e a Medicina Geral e Familiar apresentaram ambas uma percentagem de 33,3%, variando apenas a distribuição entre os sexos, uma vez que a maioria dos Anestesiologistas pertencem ao sexo feminino (40,0%) e a maioria dos de Medicina Geral e Familiar pertencem ao sexo masculino (48,2%). As diferenças estatísticas não são significativas ( $p=0,201$ ).

### Local de trabalho

Por último, quanto ao local de trabalho, podemos observar, que 50% dos profissionais de saúde trabalham em Cuidados de Saúde Primários e 50% dos sujeitos trabalham em Cuidados de Saúde Diferenciados (c. f. Tabela 3). Podemos ainda observar que, aqueles que trabalham em Cuidados de Saúde Primários são maioritariamente do sexo masculino (61,2%) e os sujeitos que trabalham em Cuidados de Saúde Diferenciados são maioritariamente do sexo feminino (55,9%), sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,034$ ).

**Tabela 3 - Caracterização Profissional da Amostra**

	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
<b>Categoria Profissional</b>								
Médico	39	79,6	41	36,9	80	50,0	5,0	-5,0
Enfermeiro	10	20,4	70	63,1	80	50,0	-5,0	5,0
<b>Área de especialização em Enfermagem</b>								
Médico-cirúrgica	0	0,0	2	15,4	2	12,5	-0,7	0,7
Reabilitação	2	66,7	3	23,1	5	31,2	1,5	-1,5
Saúde materna	0	0,0	2	15,4	2	12,5	-0,5	0,5
Saúde Infantil e pediátrica	0	0,0	2	15,4	2	12,5	-0,7	0,7
Saúde Comunitária	1	33,3	3	23,1	4	25,0	0,4	-0,4
<b>Área de especialização em Medicina</b>								
Orto traumatologia	1	4,0	1	2,9	2	3,3	0,2	-0,2
ORL	1	4,0	0	0,0	1	1,7	1,2	-1,2
Anestesiologia	6	24,0	14	40,0	20	33,3	-1,3	1,3
Cirurgia	3	12,0	2	5,7	5	8,3	0,9	-0,9
Medicina interna	1	4,0	7	20,0	8	13,3	-1,8	1,8
Imagiologia	1	4,0	1	2,9	2	3,3	0,2	-0,2
Cardiologia	0	0,0	2	5,7	2	3,3	-1,2	1,2
Medicina /familiar	12	48,0	8	22,8	20	33,3	1,2	-1,2
<b>Local de trabalho</b>								
Cuidados de saúde Primários	30	61,2	49	44,1	80	50,0	2,0	-2,0
Cuidados de Saúde Diferenciados	19	38,8	62	55,9	80	50,0	-2,0	2,0

### ➤ Caracterização das Atitudes Face aos Idosos

Os dados da tabela 4 revelam que os valores da escala de conhecimentos oscilam entre um mínimo de 1,65 (atitude positiva) e um máximo de 3,83 (ou seja, uma atitude neutra), com uma média de 2,78 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,408. O coeficiente de variação, apresenta uma fraca dispersão em torno da média. A análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), mostra que a distribuição das atitudes dos profissionais é simétrica e mesocúrtica.

Quanto ao sexo masculino, as atitudes mínimas são de 2,30 (ou seja, uma atitude positiva) e um máximo de 3,83 (ou seja, uma atitude neutra), a média centra-se nos 2,89 (ou seja, uma atitude positiva), com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,372. Quanto ao coeficiente de dispersão, as atitudes dos profissionais face aos idosos dos sujeitos do sexo masculino apresenta uma dispersão fraca. Na análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos mencionar que a distribuição dos sujeitos do sexo masculino é simétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 4).

Relativamente às atitudes face aos idosos dos sujeitos do sexo feminino, observa-se que variam entre um mínimo de 1,65 (ou seja, uma atitude positiva) e um máximo de 3,77 (ou seja, uma atitude neutra), a média centra-se nos 2,74, com um desvio padrão a oscilar em

torno da média de 0,415. Também neste caso o coeficiente de dispersão, dos sujeitos do sexo feminino apresenta uma dispersão fraca. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos referir que estamos perante uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Realizou-se ainda o t-teste, com o intuito de compreender se o sexo interferia estatisticamente nas atitudes face aos idosos. Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e as atitudes face aos idosos, uma vez que obtivemos um *p-value* superior a 0,050 ( $p=0,191$ ).

**Tabela 4 - Estatísticas relativas às atitudes face aos idosos segundo o género**

Género	N	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
Masculino	49	2,30	3,83	2,89	0,372	12,87	0,385	-0,934	0,200
Feminino	111	1,65	3,77	2,74	0,415	11,01	-0,056	0,013	0,200
Total	160	1,65	3,83	2,78	0,408	14,68	-0,146	-0,247	0,200

( $t= 1,318$ ;  $p= 0,191$ )

#### Classificação das Atitudes

A escala para medição das atitudes face aos idosos, permite uma classificação em atitudes positivas, neutras e negativas: deste modo podemos verificar que 68,8% dos participantes da amostra total apresenta atitudes positivas e 31,2% atitudes neutras face aos idosos. De referir que, nenhum dos elementos da amostra integra o item atitudes negativas, razão pela qual não a representamos na tabela 5.

Constamos ainda que, a maioria (72,1%) dos sujeitos do género feminino têm atitudes positivas face aos idosos, enquanto 38,8% dos sujeitos do género masculino apresentam atitudes neutras, o que nos leva a pensar que as mulheres apresentam atitudes mais positivas que os homens.

**Tabela 5 - Classificação das atitudes face aos idosos em função do género**

Atitudes	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Atitudes Positivas	30	61,2	80	72,1	110	68,8
Atitudes Neutras	19	38,8	31	27,9	50	31,2

➤ **Caracterização dos Conhecimentos em Relação à Velhice**

Relativamente aos conhecimentos dos participantes da nossa amostra em relação à velhice podemos verificar, que no caso da amostra total os valores oscilam entre o mínimo de 0 e um máximo de 18, com uma média de 11,90 e um desvio padrão de 2,45. O coeficiente de variação, mostra que estamos perante uma dispersão moderada em torno da média. Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), podemos afirmar que se trata de uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento a direita e leptocúrtica.

Já os valores dos elementos do sexo masculino, variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 18, com uma média de 12,43 e um desvio padrão de 2,82. O coeficiente de variação, mostra que estamos perante uma dispersão moderada em torno da média e a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), mostra que também aqui temos uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento a direita e leptocúrtica.

Os dados relativos ao sexo feminino, oscilam entre um mínimo de 6 e um máximo de 17, com uma média de 11,67 e um desvio padrão de 2,24. O coeficiente de variação, mostra que estamos perante uma dispersão moderada em torno da média e a análise do enviesamento (Sk/EP) e do achatamento (K/EP), mostra que também aqui temos uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Efetuámos um t-teste, afim de compreender se existia uma relação estatística significativa entre o sexo e os conhecimentos em relação à velhice. Os valores do *p-value* ( $p=0,069$ ) revelam que neste caso não existem diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 6 - Estatísticas relativas aos conhecimentos em relação à velhice segundo o género**

Género	N	Min.	Max.	Média	Dp	CV(%)	Sk/erro	K/erro	K/s
<b>Masculino</b>	49	0	18	12,43	2,82	22,69	-4,832	10,48	0,000
<b>Feminino</b>	111	6	17	11,67	2,24	19,19	-0,057	-0,215	0,015
<b>Total</b>	160	0	18	11,90	2,45	20,59	-3,679	7,457	0,000

(t= 1,828; p=0,069)

### Classificação dos conhecimentos

Como já referimos anteriormente foram criados 3 grupos de coorte para classificação dos conhecimentos em relação á velhice. Deste modo, podemos verificar que os conhecimentos de 41,9% dos nossos profissionais são fracos; 36,9% possuem conhecimentos moderados sobre a velhice e apenas, 21,2% dos sujeitos integram o item “conhecimentos elevados”. (c. f. Tabela 7)

A análise por género mostra, que dentro dos fracos conhecimentos 46,8% dos sujeitos são do género feminino e apenas 30,6% do masculino; já no item dos conhecimentos moderados 40,8% são homens e 35,1% mulheres; e finalmente no item “conhecimentos elevados” 28,6% são também elementos do sexo masculino e femininos são apenas 18,0%.

Dos dados podemos inferir que relativamente aos conhecimentos sobre a velhice são os indivíduos do sexo masculino aqueles que apresentam níveis mais elevados.

**Tabela 7 - Classificação dos conhecimentos em função do género**

Conhecimentos	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
<b>Fracos</b>	15	30,6	52	46,8	67	41,9
<b>Moderados</b>	20	40,8	39	35,1	59	36,9
<b>Elevados</b>	14	28,6	20	18,0	34	21,2

## 5.2 . ANÁLISE INFERENCIAL

Terminada a análise descritiva dos dados, passamos a análise inferencial dos mesmos. No dizer de RICHARDSON (1989) a análise inferencial é a “operação pela qual se aceita ou rejeita uma proposição em virtude da sua relação com outras proposições”. Assim, face às questões de investigação formuladas e as hipóteses levantadas passaremos a apresentação dos testes paramétricos e não paramétricos utilizados para dar resposta às referidas questões.

**H1- Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil; habilitações literárias; formação na área de gerontologia e idosos no agregado familiar) e as atitudes dos profissionais de saúde face aos Idosos.**

Para testar esta hipótese foram criadas quatro sub-hipóteses que passamos a apresentar.

**H1a- Existe associação entre o género e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Com o intuito de verificar uma possível relação entre o género e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos (c. f. Tabela 8), efetuamos um teste T: pudemos observar que só existem diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas “Aspetos Residenciais”; e “Dependência” logo, somos levados a aceitar a hipótese formulada para as subescalas mencionadas e rejeitá-la para as restantes.

Apesar desta constatação verificamos, que o sexo masculino possui médias mais elevadas em todas as subescalas, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino. Médias, essas que demonstram que os profissionais do sexo masculino possuem atitudes menos positivas nas dimensões “Aspetos Residenciais”; “Sentimentos experienciados”; “Inter-relação entre idosos”; “Relações entre gerações” e “Estilo Cognitivo” e atitudes neutras na “Dependência” e nos “Outros Fatores”.

**Tabela 8 - Teste t de student entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o género**

	Masculino		Feminino		t	p
	OM	DP	OM	DP		
<b>Aspetos Residenciais</b>	2,84	0,549	2,62	0,528	2,399	0,018
<b>Sentimentos experienciados</b>	2,72	0,667	2,59	0,711	1,104	0,271
<b>Inter-relação entre idosos</b>	2,38	0,639	2,25	0,680	1,123	0,263
<b>Relações entre gerações</b>	2,92	0,498	2,91	0,588	0,045	0,964
<b>Dependência</b>	3,17	0,669	2,78	0,631	3,598	0,000
<b>Estilo Cognitivo</b>	2,94	0,619	2,88	0,720	0,495	0,621
<b>Outros Fatores</b>	3,22	0,516	3,11	0,479	1,332	0,185

**H1b- A idade influencia as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Para estudarmos a influência da idade nas atitudes dos profissionais face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney: verificamos pelos valores de p que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, rejeita-se a hipótese enunciada anteriormente.

Contudo, ainda é pertinente referir que os participantes com idades iguais ou superiores a 41 anos possuem médias mais elevadas em todas as subescalas, com exceção da subescala “Relações entre Gerações” onde a média é mais elevada nos profissionais com 40 ou menos anos de idade (c. f. Tabela 9). Isto significa que os profissionais com menos idade apresentam atitudes mais favoráveis que os que tem idades superiores a 41 anos.

**Tabela 9 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a idade**

	≤ 40 Anos	≥41 Anos	U	p
	OM	OM		
<b>Aspetos Residenciais</b>	76,32	85,48	2812,000	0,211
<b>Sentimentos experienciados</b>	79,50	81,69	3088,500	0,764
<b>Inter-relação entre idosos</b>	78,04	83,43	2961,500	0,461
<b>Relações entre gerações</b>	80,64	80,33	3163,000	0,966
<b>Dependência</b>	74,33	87,86	2638,500	0,063
<b>Estilo Cognitivo</b>	76,68	85,05	2843,500	0,253
<b>Outros Fatores</b>	77,46	84,12	2911,000	0,362

**H1c- Existe associação entre o estado civil e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Para verificarmos se existe, ou não, uma relação entre o estado civil e as atitudes face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney, que nos mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis. Deste modo somos levados a rejeitar a hipótese enunciada (c. f. Tabela 10).

Refira-se contudo, que os profissionais de saúde que vivem acompanhados possuem médias mais elevadas em todas as subescalas, e por isso atitudes menos favoráveis, comparativamente aos profissionais que não vivem acompanhados.

**Tabela 10 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o estado civil**

	Acompanhado OM	Não Acompanhado OM	U	p
<b>Aspetos Residenciais</b>	85,36	71,72	2435,000	0,073
<b>Sentimentos experienciados</b>	83,32	75,40	2645,000	0,298
<b>Inter-relação entre idosos</b>	83,14	75,73	2663,500	0,330
<b>Relações entre gerações</b>	80,94	79,71	2890,500	0,872
<b>Dependência</b>	84,95	72,46	2477,500	0,100
<b>Estilo Cognitivo</b>	83,85	74,44	2590,000	0,216
<b>Outros Fatores</b>	82,33	77,20	2747,500	0,501

**H1d- Existe associação entre as habilitações literárias e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Procuramos identificar se as habilitações literárias interferem nas atitudes face aos idosos: para o efeito foi efetuado um teste de Kruskal-Wallis. Averiguamos pelos valores obtidos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, razão pela qual, rejeitamos a hipótese enunciada (c. f. Tabela 11).

Não obstante, os profissionais de saúde que possuem apenas uma Licenciatura têm médias mais elevadas em todas as subescalas, com exceção da subescala “Relações entre Gerações” onde a média é mais elevada nos profissionais que possuem a Pós-graduação.

Também aqui podemos afirmar que os profissionais com Pós-graduações/mestrados/pós-licenciatura tem atitudes mais favoráveis face aos idosos do que os licenciados.

**Tabela 11 - Teste Kruskal-Wallis entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e as habilitações literárias**

	Licenciatura OM	Pós- Graduação OM	Mestrado/Pós- Licenciatura OM	KW	p
<b>Aspetos Residenciais</b>	82,55	76,58	71,03	1,543	0,462
<b>Sentimentos experienciados</b>	82,78	67,83	73,74	1,824	0,402
<b>Inter-relação entre idosos</b>	84,11	78,25	64,02	4,503	0,105
<b>Relações entre gerações</b>	78,69	84,38	83,53	0,380	0,827
<b>Dependência</b>	84,45	67,00	67,26	4,357	0,113
<b>Estilo Cognitivo</b>	82,44	76,38	71,57	1,395	0,498
<b>Outros Fatores</b>	81,24	77,75	75,90	0,348	0,840

**H1e- A formação na área de gerontologia influencia as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Com o intuito de compreendermos se existe, ou não, uma influência da formação na área de gerontologia nas atitudes dos profissionais face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney: averiguamos através dos valores de p que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a formação na área de gerontologia e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, rejeita-se a hipótese enunciada anteriormente.

No entanto, podemos mencionar que os participantes que não possuem formação em gerontologia possuem médias mais elevadas em todas as subescalas, com exceção da subescala “Dependência” e da subescala “Estilo Cognitivo” onde a média é mais elevada nos profissionais que possuem formação na área de gerontologia (c. f. Tabela 12). Ou seja, os profissionais de saúde que possuem formação em gerontologia apresentam atitudes mais favoráveis que os profissionais que não possuem formação.

**Tabela 12 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a formação na área de gerontologia**

	Sim OM	Não OM	U	p
Aspetos Residenciais	75,40	81,25	1968,500	0,509
Sentimentos experienciados	76,10	81,06	1992,500	0,575
Inter-relação entre idosos	66,88	83,57	1679,000	0,059
Relações entre gerações	76,28	81,01	1998,500	0,593
Dependência	83,43	79,07	2008,500	0,621
Estilo Cognitivo	80,46	79,88	2109,500	0,948
Outros Fatores	69,49	82,86	1767,500	0,131

***H1f- A presença do Idoso no agregado familiar interfere nas atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.***

Para conhecermos a influência da presença do idoso no agregado familiar nas atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney.

Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre as duas variáveis rejeitando-se mais uma vez a hipótese enunciada.

Não obstante pelos valores das médias, constatamos que os profissionais de saúde que possuem idosos no seu agregado familiar obtiveram médias mais elevadas nas subescalas “Inter-relação entre idosos”; “Relações entre gerações”; “Estilo Cognitivo” e “Outros Fatores” o que significa que tem atitudes menos favoráveis nestas dimensões (c. f. Tabela 13). Pelo contrário tem atitudes mais favoráveis relativamente aos aspetos residências, sentimentos experienciados, e dependência.

**Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença de idosos no agregado familiar e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos**

	Sim OM	Não OM	U	p
Aspetos Residenciais	77,98	83,02	2998,500	0,490
Sentim. experienciados	78,78	82,23	3062,000	0,636
Inter-relação entre idosos	80,96	80,04	3163,000	0,899
Relações entre gerações	82,18	78,83	3066,000	0,645
Dependência	80,28	80,73	3182,000	0,951
Estilo Cognitivo	80,94	80,06	3164,500	0,903
Outros Fatores	85,34	75,66	2813,000	0,184

**H2- Existe associação entre e as variáveis laborais (Categoria profissional e local de trabalho) e as atitudes dos profissionais face aos idosos.**

Mais uma vez para testarmos a hipótese complexa enunciada vamos proceder a construção de sub-hipoteses simples.

**H2a- A categoria profissional influencia as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

De forma a identificar se a categoria profissional interfere com as atitudes face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,032$ ) apenas entre a categoria profissional e a subescala “Inter-relação entre idosos”, levando-nos a afirmar que os médicos tem atitudes mais positivas que os enfermeiros nesta subescala, aceitando-se a hipótese formulada apenas para a subescala mencionada e rejeitando-se para as restantes.

Através da análise da tabela 14 observamos que os enfermeiros têm médias mais elevadas em todas as subescalas, com exceção da subescala “Dependência” onde a média é mais elevada nos Médicos o que significa que tem atitudes menos positivas face aos idosos.

**Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e a categoria profissional**

	<b>Enfermeiro OM</b>	<b>Médico OM</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Aspetos Residenciais</b>	81,61	79,39	3111,000	0,760
<b>Sentimentos experienciados</b>	81,54	79,46	3116,500	0,774
<b>Inter-relação entre idosos</b>	88,30	72,70	2576,000	0,032
<b>Relações entre gerações</b>	84,89	76,11	2849,000	0,228
<b>Dependência</b>	73,43	87,58	2634,000	0,051
<b>Estilo Cognitivo</b>	82,02	78,98	3078,500	0,677
<b>Outros Fatores</b>	83,23	77,77	2981,500	0,454

**H2b- Existe associação entre o local de trabalho e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.**

Para verificarmos se existe, ou não, uma relação entre o local de trabalho e as atitudes face aos idosos, realizamos o teste U de Mann-Whitney: os dados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,002$ ) entre o local de trabalho e a subescala “Inter-relação entre idosos”, o que significa que os profissionais que trabalham em cuidados de saúde diferenciados tem atitudes mais favoráveis nesta variável do que os que trabalham em cuidados de saúde primários.

Assim aceita-se a hipótese enunciada anteriormente para a subescala “Inter-relação entre idosos” rejeitando-se para as restantes.

. Refira-se que os profissionais de saúde que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários possuem médias mais elevadas em todas as subescalas, com exceção da subescala “Outros Fatores” onde a média é mais elevada nos profissionais de saúde que trabalham nos Cuidados de Saúde Diferenciado levando-nos a pensar que nestes profissionais as atitudes são menos favoráveis.

**Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e o local de trabalho**

	Cuidados de Saúde Primários OM	Cuidados de Saúde Diferenciados OM	U	p
<b>Aspetos Residenciais</b>	84,78	76,33	2861,500	0,246
<b>Sentimentos experienciados</b>	81,83	79,20	3094,500	0,718
<b>Inter-relação entre idosos</b>	91,96	69,32	2294,000	0,002
<b>Relações entre gerações</b>	83,83	77,25	2936,500	0,366
<b>Dependência</b>	86,59	74,56	2718,500	0,098
<b>Estilo Cognitivo</b>	86,30	74,85	2741,500	0,116
<b>Outros Fatores</b>	78,69	82,27	3056,500	0,624

Uma vez que temos duas variáveis dependentes passamos a verificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos dos profissionais em relação a velhice.

**H3- Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (sexo; idade; estado civil; habilitações literárias; formação na área de gerontologia e idosos no agregado familiar) e os conhecimentos dos profissionais em relação à velhice.**

**H3a- O género diferencia-se nos conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para compreender a influência da variável género sobre os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à velhice, utilizou-se o T-Teste. Ao analisar a tabela 16, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, rejeitando-se assim a hipótese inicialmente formulada ou seja o sexo não influencia os conhecimentos.

Apesar desta constatação, verificamos que são os homens os que apresentam valores médios mais elevados, ou seja, são estes que possuem mais conhecimentos acerca da velhice.

**Tabela 16 - Teste T entre conhecimentos em relação à velhice e o género**

	Masculino		Feminino		t	p
	OM	DP	OM	DP		
Conhecimentos em relação à velhice	12,43	2,82	11,67	2,24	1,828	0,069

**H3b- A idade influencia os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Com o intuito de perceber a influência entre a idade e os conhecimentos em relação à velhice, realizou-se o seguinte teste: o T-Teste. Através da análise da tabela 17, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre estas duas variáveis rejeitando-se assim a hipótese formulada.

Contudo, os sujeitos com idade igual ou superior a 41 anos apresentam médias superiores levando-nos a pensar que são também os que possuem mais conhecimentos acerca dos idosos.

**Tabela 17 - Teste T entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a idade**

	≤ 40 Anos		≥ 41 Anos		t	p
	OM	DP	OM	DP		
Conhecimentos em relação à velhice	11,67	2,59	12,18	2,25	-1,320	0,189

**H3c- Existe associação entre o estado civil e os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para se perceber qual a influência entre o estado civil e os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à velhice, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Os valores da tabela 18 mostram que mais uma vez não encontramos diferenças estatisticamente significativas, razão pela qual se rejeita a hipótese inicialmente formulada.

Contudo, uma vez que as médias são mais elevadas nos sujeitos que não se encontram acompanhados intuimos que estes possuem conhecimentos superiores aos profissionais acompanhados.

**Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos em relação à velhice e o estado civil**

	Acompanhado	Não acompanhado	U	p
	OM	OM		
Conhecimentos em relação à velhice	80,18	81,07	2903,000	0,907

**H3d- As habilitações académicas influenciam os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

De forma a se entender a relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos em relação à velhice, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Analisando os resultados obtidos (c. f. Tabela 19), constatou-se, que não existem diferenças estatísticas significativas entre estas duas variáveis, ou seja, as habilitações literárias, não interferem nos conhecimentos dos profissionais em relação à velhice, levando à rejeição da hipótese formulada.

Uma vez que os valores médios são mais altos nos sujeitos com Mestrado/Pós-Licenciatura, inferimos que são estes os que possuem mais conhecimentos em relação à velhice.

**Tabela 19 - Teste Kruskal-Wallis entre conhecimentos em relação à velhice e as habilitações literárias**

	Licenciatura OM	Pós- Graduação OM	Mestrado/Pós- Licenciatura OM	KW	p
<b>Conhecimentos em relação à velhice</b>	75,76	80,63	96,98	5,053	0,080

**H3e- A formação na área de gerontologia influencia os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para perceber a influência entre a formação na área de gerontologia e os conhecimentos em relação à velhice, realizou-se o seguinte teste: o T-Teste. Através da análise da tabela 20, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre estas duas variáveis rejeitando-se assim a hipótese formulada.

Porém, os sujeitos que possuem formação na área de gerontologia têm médias mais elevadas, ou seja, provavelmente são os profissionais que mais possuem conhecimentos acerca dos idosos.

**Tabela 20 - Teste T entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a formação na área de gerontologia**

	Sim		Não		t	p
	OM	DP	OM	DP		
<b>Conhecimentos em relação à velhice</b>	12,55	2,07	11,75	2,50	1,723	0,087

**H3f- Existe associação entre a presença do idoso no agregado familiar e os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para testarmos a relação entre a presença do idoso no agregado familiar e os conhecimentos dos profissionais em relação à velhice, utilizou-se um Teste U de Mann-Whitney: os dados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre as duas variáveis, rejeitando-se assim, a hipótese formulada.

Contudo, podemos verificar que os profissionais que tem idosos no seu agregado familiar, tem também as médias mais elevadas, levando-nos a pensar que são também aqueles que mais conhecimentos possuem em relação à velhice.

**Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos em relação à velhice e o idoso no agregado família**

	Sim	Não	U	p
	OM	OM		
<b>Conhecimentos em relação à velhice</b>	86,38	74,62	2729,500	0,105

**H4- Existe associação entre as variáveis laborais (Categoria profissional e local de trabalho) e os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação à velhice.**

**H4a-Existe associação entre categoria profissional e os conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para se compreender se a categoria profissional influencia a avaliação de conhecimentos em relação à velhice utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Analisando os resultados obtidos (c. f. Tabela 22), constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo, rejeita-se a hipótese formulada.

Observando as médias podemos referir que os enfermeiros apresentam uma média mais elevada, logo, possuem mais conhecimentos em relação à velhice.

**Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e a categoria profissional**

	Médico OM	Enfermeiro OM	U	P
<b>Avaliação de conhecimentos em relação à velhice</b>	76,66	84,34	2893,000	0,290

**H4b- O local de trabalho interfere nos conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a velhice.**

Para testar esta hipótese utilizámos mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. Ao analisar os dados expressos na tabela 23, constatamos que não existem diferenças estatísticas significativas, ( $p= 0,230$ ) levando-nos a rejeitar a hipótese inicialmente formulada.

Pode ainda observar-se, que os Profissionais que trabalham em Cuidados de Saúde Primários são os que apresentam valores médios mais elevados e por isso pensamos que sejam também eles os que possuem mais conhecimentos acerca da velhice, quando comparados com os que trabalham nos Cuidados de Saúde Diferenciados.

**Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre a avaliação de conhecimentos em relação à velhice e o local de trabalho**

	Cuidados de Saúde Primários OM	Cuidados de Saúde Diferenciados OM	U	p
Conhecimentos em relação à velhice	84,91	76,20	2851,500	0,230

**H5- Será que os conhecimentos, a idade, as habilitações académicas e a categoria profissional que os profissionais de saúde possuem em relação à velhice, influenciam as suas atitudes face aos idosos?**

Pretendemos com este enunciado verificar, se o conhecimento dos profissionais de saúde, em relação à velhice influenciam as suas atitudes face aos idosos. Assim, efetuamos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes (conhecimentos, idade, habilitações literárias e a categoria profissional) em relação à variável dependente.

O método de estimação utilizado foi o de stepwise (passo a passo) que produz os modelos necessários até determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Porém começamos por efetuar em primeiro lugar uma correlação de Pearson. Assim verificamos, (c. f. Tabela 24) que estamos perante correlações positivas que oscilam entre ( $r=0,067$ ) na avaliação de conhecimentos em relação à velhice e ( $r=0,202$ ) na idade. Quase todas as associações são de magnitude linear muito baixa, com exceção da idade que apresenta uma associação linear baixa.

Constatamos ainda que apenas a idade ( $p=0,007$ ) estabelece uma relação significativa com a variável dependente, sendo assim, quanto mais elevada for a idade piores são as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.

**Tabela 24 - Correlação de Pearson entre as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos e variáveis independentes**

Variáveis	r	p
Conhecimentos em relação à velhice	0,067	0,212
Idade	0,202	0,007
Habilitações literárias	0,052	0,267
Categoria Profissional	0,021	0,402

Assim no modelo de regressão (c. f. Quadro 6) a primeira variável e única a entrar no modelo é a idade por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ( $r=0,202$ ), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 4,1% da variação das atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos com um erro padrão de regressão de 10,71. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, (a idade), tem poder explicativo nas atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos. Assim deduzimos que quanto maior é a idade dos profissionais de saúde, menos favoráveis são as suas atitudes face aos idosos.

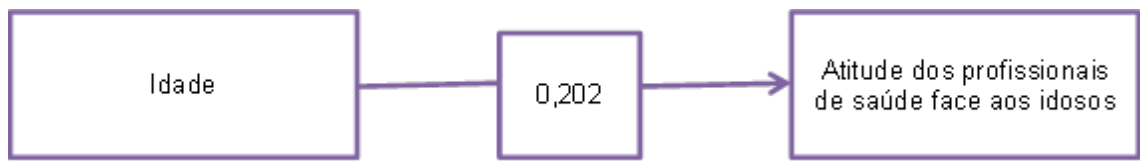
O modelo final ajustado para a atuação perante a atitude dos profissionais de saúde face aos idosos é dado então pela seguinte fórmula:

Atitude dos profissionais de saúde face aos idosos:  $95,764 + 0,202 \text{ idade}$ .

**Quadro 6 - Regressão múltipla entre a atitude dos profissionais de saúde face aos idosos e as variáveis independentes**

Variável dependente: Atitude dos profissionais de saúde face aos idosos					
R=0,202					
R <sup>2</sup> =0,041					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,034					
Erro padrão de estimativa=10,71					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,041					
F=6,097					
P=0,015					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	p	
Constante	95,794				
Idade	4,398	0,202	2,469	0,015	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	699,540	1	699,540	6,097	0,015
Residual	16521,145	144	114,730		
Total	17220,685	145			

**Figura 2 - Esquema síntese da Atitude dos profissionais de saúde face aos idosos**





## 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Apresentados e analisados os resultados obtidos, procede-se agora a uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os entre si, bem como com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito das atitudes e conhecimentos face aos idosos. Este capítulo visa ainda apresentar e justificar as dificuldades e limitações metodológicas encontradas, referir os esforços de controlo dos erros e desvios, no sentido de maximizar a validade dos resultados.

Atendendo aos objetivos e hipóteses inicialmente propostos, precede-se à discussão dos resultados de acordo com a sequência da sua apresentação.

Apesar de NUNES (1997) ter concluído que a escala de Kogan, sobre atitudes face aos idosos ser um “instrumento sólido e robusto”, tornando-se um instrumento com boa fiabilidade para medir as atitudes, aspeto que nos levou a que fosse usada neste estudo, verificou-se que no caso concreto da nossa amostra a escala se apresentou vulnerável, uma vez que os valores de alfa de *Cronbach* são apenas razoáveis (0,743). O mesmo se verificou para o questionário de avaliação de Conhecimentos de Palmore-Neri-Cachioni (valores de alfa de *Cronbach*, 0.734).

Assim e passando à análise das variáveis sociodemográficas e profissionais verificamos, que a amostra em estudo tem idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos, com uma média que ronda os 40,35 anos. Avaliando a mesma variável por grupos etários, constatamos que a maioria dos profissionais (54.4%) possuía uma idade igual ou inferior a 45 anos. Observa-se ainda que, a maioria (64.4%) dos elementos, em termos de estado civil, se encontra acompanhado (casados e em união de fato), e no que diz respeito à presença de idosos no agregado familiar a divisão é muito similar pois 50% possuem idosos no agregado familiar (maioritariamente sexo masculino, 51%), e 50% não possuem (maioritariamente sexo feminino, 50.5%).

Trata-se portanto de uma amostra homogénea constituída por 50% de profissionais que trabalham em cuidados de saúde primários e 50% em cuidados de saúde diferenciados. Além disso, 50% dos elementos são médicos, maioritariamente do sexo masculino (79,6%), e 50% são enfermeiros, sendo a maioria destes do sexo feminino (63,1%). Estes valores vão de encontro à literatura encontrada, pois sabemos que na profissão de enfermagem o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens, ainda que esta situação possa estar a modificar (a percentagem do género masculino tem vindo a aumentar ligeiramente ao longo

dos anos) existindo a ideia de ser uma profissão essencialmente feminina, relacionada com o cuidar do outro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012).

No que diz respeito aos médicos os dados encontrados são algo divergentes uma vez que são maioritariamente do sexo masculino no nosso estudo, e de acordo com os dados (INE, PORDATA, 2011), em Portugal o número de médicos do sexo feminino e masculino é similar.

Quanto às habilitações literárias dos nossos participantes, constatámos que a maioria da amostra possui uma licenciatura (73.8%), o que vai de encontro ao esperado. O estado atual da formação em enfermagem implica terminar o curso com o grau de licenciatura, havendo a possibilidade de realização do curso de Complemento em Enfermagem para obtenção deste grau por parte dos enfermeiros com bacharelato. Em 1999 a “formação pré graduada em Enfermagem passou a ser assegurada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008). Trata-se de um grau académico fundamental no âmbito de avaliações curriculares, bem como, para o acesso a formações complementares, como pós-graduações e mestrados. O curso superior de medicina, ainda que tenha passado para o grau de mestrado com o Processo de Bolonha, em 2006, até esta data era considerada licenciatura, e, de acordo com a média de idades (40.35 anos), os elementos da amostra terminou o seu curso, antes de 2006.

Quando questionados sobre a formação feita na área de geriatria, mais de metade da amostra (78.6%) responde não ter qualquer formação nesta área, contudo os que afirmam possui-la obtiveram-na, maioritariamente (82.9%) no curso de licenciatura. Estes dados refletem a necessidade expressa de “com o envelhecimento da sociedade atual, a inclusão de disciplinas específicas da área da Gerontologia, nos cursos de saúde se tornar fundamental, bem como, a criação de formação complementar nesta área, pós-graduações e mestrados. Apesar disso sabemos que esta informação é ainda bastante insuficiente nos cursos encontrando-se por vezes dispersa em várias disciplinas”. De fato é fundamental o desenvolvimento da área da saúde em relação ao cliente idoso e às diversas disciplinas que contemplam uma atuação relevante que, sem dúvida, permitem avanços para a área médica e de enfermagem.

A análise da nossa variável central, (atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos), mostra que, maioritariamente (68.8%) os profissionais de saúde desenvolvem atitudes positivas, indo assim de encontro aos resultados de um estudo realizado por CHEW e GREENHILL (2007), onde verificaram atitudes bastante positivas dos enfermeiros face aos

idosos. Da mesma forma, DOHERTY, MITCHELL, O`NEIL (2011) num estudo aplicado a 190 pessoas que cuidam de idosos em meio rural, nomeadamente, enfermeiros e estudantes de enfermagem, concluíram que a maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos.

Paralelamente um estudo realizado por McCRAKEN, FITZWATER e LOCKWOOD (1995) e NUNES (1996) com uma amostra de estudantes de enfermagem, mostrou que as atitudes destes perante os idosos eram bastante positivas.

Contrariamente, o estudo realizado por LOOKINLAND e ANSON (1995) sobre atitudes dos estudantes e profissionais de enfermagem face aos idosos, mostrou que estas (atitudes) eram predominantemente negativas, com conseqüentes implicações nos cuidados aos idosos.

Na análise da variável, avaliação de conhecimentos em relação aos idosos verificamos que, a maioria dos elementos da amostra apresentam fracos conhecimentos (41.9%), sendo vários os estudos que corroboram estes resultados. FITZGERALD et al (2003); MENEZES, SOUZA e CARDOSO (2007); CHEW e GREENHILL (2007), em estudos realizados com alunos de medicina, de fisioterapia e enfermeiros respetivamente, verificaram que também estes possuíam um baixo nível de conhecimentos face aos idosos.

No que diz respeito à análise inferencial dos dados, onde pretendíamos verificar se existia associação entre algumas das variáveis independentes e as atitudes e conhecimentos dos profissionais verificamos o seguinte:

A hipótese que associa o **género** às atitudes dos profissionais de saúde, revela que, só existem diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas “Aspetos Residenciais” e “Dependência”, tendo sido aceite a hipótese para estas subescalas e rejeitada para as restantes. Somos levados assim a inferir, que na opinião das mulheres os idosos são capazes de manter as suas casas habitacionais, e que são pessoas independentes material e afetivamente dos seus familiares.

Verifica-se ainda que, o sexo masculino possui médias mais elevadas em todas as subescalas, comparativamente com os sujeitos do sexo feminino, ou seja, os profissionais do sexo masculino possuem atitudes menos positivas face aos idosos. Estes resultados vão de encontro a outros estudos. POLIZZI e STEITZ (1998); NERI e JORGE (2006) numa investigação realizada com educadores e estudantes, respetivamente, concluem que as mulheres apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice do que homens.

Inversamente, estes dados não foram verificados por NUNES (1996), pois ao estudar as atitudes dos enfermeiros e estudantes de enfermagem constatou, que os sujeitos do sexo

masculino apresentavam atitudes ligeiramente mais positivas perante os idosos do que as mulheres. Da mesma forma, um estudo realizado por MARQUES (2005) demonstra que nas mulheres existem mais estereótipos negativos em relação aos idosos do que os homens.

Por outro lado, e ainda que a hipótese que associa os conhecimentos em relação à velhice tenha sido rejeitada, verificamos pelos valores das médias, que os conhecimentos masculinos são superiores aos femininos, à semelhança dos de NERI e JORGE (2006), MENEZES, SOUZA e CARDOSOS (2007) que também verificaram que os homens apresentavam médias mais elevadas no questionário de conhecimentos do que as mulheres.

A hipótese que pretendia avaliar a existência de relação entre as atitudes dos enfermeiros face ao idoso e a **idade** desses profissionais não veio a confirmar-se como referimos anteriormente. No entanto, verificou-se que com o aumento da idade aumentam também as ordenações médias, significando isto que, os profissionais mais novos, ou seja com idades inferiores a 45 anos apresentam atitudes mais favoráveis, comparativamente com os que tem idades superiores a 45 anos.

Estes resultados contrariam o que seria esperado, ou seja, que fossem os mais velhos a possuírem atitudes mais positivas. Isto, por considerar que, nessa fase da vida (de qualquer forma, mais próxima da velhice), estariam mais sensíveis para as questões do envelhecimento, e como tal, teriam maior identificação com o indivíduo idoso, inclusive através dos seus próprios pais, caso ainda vivos. Outros estudos corroboram os resultados obtidos, nomeadamente os de TAYLOR e HARNED (1978) e MARQUES (2005), pois verificaram também que os enfermeiros mais novos apresentavam atitudes mais positivas, em relação aos pacientes idosos. Similarmente, NERI e JORGE (2006) num estudo com uma amostra de 277 alunos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, concluíram que a atitude mais positiva se correlacionavam com os mais jovens. Contrariamente, POLIZZI e STEITZ (1998), SHOEN (1993), constataram que eram os indivíduos mais velhos aqueles que apresentavam atitudes mais favoráveis perante a velhice e o envelhecimento comparados com os mais novos.

A associação entre os conhecimentos em relação à velhice e a idade não se confirmou, observa-se, porém que, os mais velhos têm mais conhecimentos em relação à velhice o que não é de estranhar tendo em conta a maior experiência de vida. De fato este resultado pode ser ainda explicado, pela proximidade do indivíduo à velhice, o que despertará maior interesse, e maior sensibilidade para as questões do processo de envelhecimento, e como tal, maior preocupação em conhecer e averiguar mais profundamente sobre uma fase da vida que está próxima.

A verificação da relação entre **estado civil, habilitações literárias, formação na área de gerontologia e presença de idosos no agregado familiar**, e as atitudes e conhecimentos face à velhice, mostra (pelos valores de  $p$ ) que a significância estatística não é significativa. Não obstante, os valores das ordenações médias levam-nos a inferir que, os profissionais de saúde solteiros/viúvos e divorciados, possuem atitudes e conhecimentos mais favoráveis, que os que vivem acompanhados (casados e em união de facto).

Os profissionais com mestrado/pós-licenciatura possuem mais conhecimentos, apresentando também atitudes mais favoráveis, o que é corroborado por DOHERTY, MITCHELL e O'NEIL, (2011), num estudo realizado a 190 pessoas que cuidam de idosos num meio rural, (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e estudantes), tendo concluído que, a maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos, tendo sido encontradas diferenças significativas entre as atitudes dos indivíduos com educação universitária e os sem qualificação superior, ou seja, os primeiros apresentavam atitudes mais positivas que os segundos.

Os profissionais de saúde que possuem formação em gerontologia apresentam atitudes mais favoráveis e conhecimentos superiores face aos idosos, que os profissionais que não possuem formação. Os mesmos resultados foram encontrados no estudo realizado por WELLS *et al*, 2004, (*cit in* NERI, 2006), no qual verificaram que as atitudes positivas das enfermeiras estavam associadas a nível mais alto de formação gerontológica. Sabe-se que o investimento em educação gerontológica favorece os conhecimentos e as crenças de estudantes de medicina e associa-se a atitudes mais positivas em relação à velhice. (FITZGERALD *et al*, 2003) A igual conclusão chegou NERI e JORGE (2006) num estudo realizado com 277 alunos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, onde evidenciaram o papel importante dos estudos formais no estabelecimento de conhecimentos específicos sobre velhice, uma vez que os alunos que tiveram disciplinas teóricas e práticas mostraram conhecer mais sobre os aspetos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram. Desta forma, um dos desafios da gerontologia é fazer com que os profissionais que têm a cargo a formação de recursos humanos, ou que estão a trabalhar diretamente com os idosos possuam uma boa base de conhecimentos gerontológicos, a fim de poderem intervir, de forma eficaz numa sociedade onde a velhice é tratada de forma ambivalente, ora como fase da vida digna de respeito e consideração, ora como tema assustador, cercado de mitos e preconceitos. (CACHIONI, 2011)

Os profissionais que possuem idosos no seu agregado familiar também demonstraram possuir mais conhecimentos relativamente a eles. Apresentam, também atitudes mais favoráveis relativamente às subescalas “aspetos residências”, “sentimentos experienciados”, e

“dependência”. Somos levados assim a inferir, que na opinião dos profissionais que vivem com idosos, estes são capazes de manter as suas casas habitacionais, que são pessoas independentes material e afetivamente dos seus familiares, e que não originam sentimentos de desconforto e tensão, pelo contrário, consideram a sua companhia agradável e repousante. São vários os estudos que vão ao encontro destes resultados, dos quais destacamos POLIZZI e STEITZ (1998), que concluíram o seguinte: a convivência com pessoas mais velhas contribui para o estabelecimento de atitudes mais positivas para com elas. Da mesma forma, NERI e JORGE (2006) verificaram que os alunos que conviviam com idosos mostravam atitudes mais positivas no domínio social, talvez por possuírem experiências afetivas mais positivas. Assim sendo, devem ser incentivadas medidas que coloquem os idosos no seio do agregado familiar, onde se entrecruzam três ou mais gerações, permitindo, assim, que as crianças e jovens, através da convivência com os idosos, encontrem referências e valores universais na fase de construção da personalidade e da modelação do carácter. Comprova-se ainda que, a família continua a constituir um dos fatores, que mais influência exerce na qualidade de vida dos idosos. Por outro lado o idoso é, cada vez mais, uma pessoa capaz, ativa e empenhada em participar na vida familiar. No entanto, este estatuto é, frequentemente, esquecido e o idoso marginalizado, por isso a necessidade e o benefício coletivo de uma nova promoção da solidariedade entre gerações. (GRANDE, 1994)

Relativamente à hipótese que relacionava a categoria profissional e o local de trabalho, com as atitudes face aos idosos, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas apenas entre estas e a subescala “Inter-relação entre idosos”, levando-nos a afirmar que os médicos e os profissionais que trabalham em cuidados de saúde diferenciados possuem atitudes mais positivas nesta subescala. Isto significa, que são também estes os que consideram o idoso, como tendo os mesmos defeitos que as outras pessoas constituindo um grupo heterogéneo. Curiosamente, estes achados, vêm contrariar um dos estereótipos mais frequentes relativamente aos idosos, que é a supergeneralização, considerando-os um grupo homogéneo, com as mesmas características e necessidades, (atributo negativo) tendendo a negligenciar as diferenças entre cada indivíduo. Estes resultados vêm corroborar as pesquisas realizada por COOPER e COLEMAN *cit in* NERI, (2006), sobre atitudes das enfermeiras em relação a doentes idosos, tendo concluído que existe uma predominância de estereótipos associados à adoção de tratamentos não-individualizados, uma vez que, estas profissionais consideravam os doentes como “sendo todos iguais”.

Ainda que não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas, os valores das ordenações médias, mostram que, são os enfermeiros que apresentam atitudes mais positivas comparados com os médicos na subescala “Dependência”, o que significa que

são os enfermeiros os profissionais que mais consideram os idosos como pessoas ativas e independentes a nível socioeconómico e emocional.

Estes dados, mais uma vez contrariam um estereótipo muito comum na atualidade, que é o de considerar que todos os idosos dependentes, necessitam do apoio dos filhos, são emocionalmente carentes e socialmente inativos. Já Kalish tinha identificado um estereótipo que designou de compassivo, ou *new agism*, que incide sobretudo no idoso dependente, considerando-o inapto. Estes preconceitos, produzem frequentemente efeitos de superproteção dos idosos, o que lhes retira a autonomia e independência tão necessária ao envelhecimento saudável. Por outro lado, sendo os enfermeiros profissionais que buscam no seu desempenho, restaurar ao máximo a autonomia do utente, seria expectável que apresentassem atitudes mais positivas nesta dimensão. Na verdade para estes profissionais o idoso não é visto como alguém incapaz, mas sim, como alguém autónomo na tomada de decisões, com potencial para vencer os obstáculos, com necessidade de amor e segurança em pé de igualdade com qualquer outra pessoa.

Já nas restantes dimensões, e analisando os valores de ordenações médias, verificamos que os enfermeiros apresentam atitudes menos positivas que os médicos. Este fato pode ser explicado com base no estudo de BROWER (1985) (*apud* BERGER e MAILLOUX-POIRER, 1995) que avaliou a relação entre o tempo passado com idosos e as atitudes para com os mesmos, num grupo de profissionais de saúde e verificou que os que passavam menos tempo com os idosos tinham atitudes mais positivas que aqueles que passavam mais tempo. Nesta perspectiva, sabemos que é o enfermeiro o profissional de saúde que mais tempo passa junto ao doente, que o apoia incansavelmente, e por isso capaz de desenvolver atitudes menos favoráveis.

Finalmente, a hipótese que relaciona os conhecimentos sobre idosos com a categoria profissional e o local de trabalho, não foi confirmada. Não obstante, os valores das ordenações médias levam-nos a inferir que os enfermeiros e os profissionais que trabalham em Cuidados de Saúde Primários são os que possuem mais conhecimentos acerca da velhice, não corroborando os estudos de WELLS *et al*, 2004, *cit in* NERI, 2006, uma vez que estes concluíram que as enfermeiras tinham conhecimentos menos precisos que os outros profissionais, expressavam mais ansiedade em relação à velhice, eram menos disponíveis para discutir o tratamento dos doentes idosos e acreditavam que trabalhar com idosos estava associado à baixa autoestima na profissão.



## 7. CONCLUSÃO

Na fase final do estudo, parece-nos oportuno proceder a algumas considerações e reflexões sobre o percurso e trabalho desenvolvido. Além disso, queremos ainda elaborar uma síntese dos principais resultados obtidos, deixando sugestões válidas para futuras investigações no sentido da melhoria do conhecimento científico, não deixando porém de fazer alusão a algumas limitações e dificuldades sentidas na elaboração da pesquisa.

O envelhecimento da população no momento atual, é um fenómeno mundial, e como tal, também a estrutura demográfica da sociedade portuguesa se tem alterado, verificando-se uma tendente inversão da pirâmide etária. O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa, devido ao aumento da esperança de vida, e pela redução da população jovem, devido à diminuição das taxas de natalidade, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos atrás, apenas 11,4% das pessoas estavam incluídas no grupo etário dos mais idosos, contudo em 2011, o mesmo grupo (população com 65 ou mais anos de idade) representa cerca de 19% da população total.

O aumento da esperança de vida, nas idades mais avançadas, representa um desafio para as áreas de prestação de serviços, pesquisa e políticas públicas de saúde e de proteção social, essencialmente pelo conseqüente aumento das necessidades dos idosos nestas áreas. O envelhecimento acarreta alterações físicas, emocionais e sociais, com conseqüente diminuição de algumas capacidades e resistência física e alteração dos papéis sociais, que quando não encarada como uma fases da vida, e vivida de forma positiva, pode desencadear um envelhecimento patológico.

Paralelamente, as representações sociais atribuídas aos idosos influenciam significativamente o modo como a sociedade interage face à velhice e as crenças e as atitudes que adota influenciam de igual modo o auto-conceito do idoso, no decurso do seu processo de envelhecimento. De facto o contacto diário com idosos que a nossa experiencia profissional nos proporciona revela, que as crenças refletidas pela sociedade relativamente aos idosos são erradas, baseadas em preconceitos e estereotípias que degradam a imagem da velhice. As necessidades evolutivas dos idosos requerem um foco de atenção não apenas sobre declínio e mudança, como também sobre a manutenção do controle de sua vida.

Os profissionais de saúde, como grupo integrante da sociedade, também adquirem e adotam crenças sociais, que poderão influenciar positiva ou negativamente o seu

comportamento, face aos idosos. Acresce a tudo isto, o fato destas atitudes poderem fortemente prejudicar ou beneficiar a própria prestação de cuidados.

Na verdade, do profissional de saúde espera-se uma resposta com competência teórica e prática aos desafios do envelhecimento individual e populacional e conseqüentemente, torna-se necessário que se invista na formação dos recursos humanos para que possam intervir de forma eficaz e com qualidade nos cuidados à população idosa.

O conjunto de pressupostos descritos, estiveram na base da nossa opção e pertinência (reconhecida) do estudo que realizamos. Pensamos ser emergente avaliar os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, para melhor conhecermos a realidade social que nos rodeia e identificar os comportamentos adotados, uma vez que sabemos que estes vão atuar de um modo incisivo sobre o idoso, em duas vertentes: melhorando a sua auto-estima, tornando-o mais capaz e autónomo, se positivas, ou pelo contrário, diminuindo o seu bem-estar, a sua forma de se integrar na sociedade, reforçando a sua inutilidade, caso sejam negativas.

Face ao exposto, acreditamos que só através de estudos que avaliem a forma como os profissionais lidam com os idosos, é que será possível criar linhas orientadoras que permitam erradicar estereótipos enraizados pela sociedade nestes grupos profissionais, e conseqüentemente melhorar a sua prestação profissional, bem como, inculcar-lhes a necessidade de se tornarem agentes de mudança social.

Assim, a análise dos resultados do estudo, tendo como referência os objetivos de investigação formuladas, permitem-nos destacar as seguintes conclusões:

O perfil demográfico da nossa amostra caracteriza-se por ser constituída maioritariamente por elementos do género feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 62 anos (média = 40,35 anos), com estado civil casados e em união de fato. São, na sua maioria licenciados em enfermagem e medicina, sem formação na área de gerontologia., sendo que, 50% possui idosos no agregado familiar;

O perfil profissional da amostra mostra ser homogénea, 50% são enfermeiros, na sua maioria com especialidade de Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem em Saúde Comunitária, 50% são médicos, sendo Anestesiologia e Medicina Geral e Familiar as especialidades com maior percentagem de elementos. Considerando o local de trabalho, metade da amostra trabalha em Cuidados de Saúde Primários e a outra metade em Cuidados de Saúde Diferenciados;

Os profissionais de saúde da nossa amostra, apresentam maioritariamente atitudes positivas face aos idosos, contudo os conhecimentos que demonstram sobre as questões relacionadas com o envelhecimento são débeis;

No que diz respeito há relação entre as variáveis sociodemográficas, e as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos, verificou-se que:

Existe relação uma relação estatística significativa entre as subescalas “Aspetos Residenciais” e “Dependência” e o género, tendo as mulheres atitudes mais positivas que os homens;

Analisando a relação entre as variáveis profissionais e as atitudes face aos idosos, constatou-se que:

Existe associação significativa entre a categoria profissional e o local de trabalho e a subescala “Inter-relação entre idosos”, verificando-se assim que, os médicos e os profissionais que trabalham em cuidados de saúde diferenciados demonstram atitudes mais positivas nesta subescala;

As restantes variáveis sociodemográficas e profissionais não exercem qualquer efeito nas atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente aos idosos.

Os resultados da regressão linear múltipla demonstram existir uma relação estatística significativa entre a idade e as atitudes face aos idosos, levando-nos a afirmar que quanto maior a idade menos positivas são as atitudes dos profissionais de saúde face aos idosos.

Em suma: os participantes em questão apresentam fracos conhecimentos em relação à velhice, porém as suas atitudes para com os Idosos são maioritariamente positivas.

Constata-se assim, (em jeito de sugestões) que há uma necessidade evidente, em implementar e reforçar a formação dos profissionais de saúde na área gerontológica, criando cursos complementares teórico-práticos, específicos nesta temática, de modo a preencher as lacunas formativas e informativas constatadas. Pensamos ainda ser imperativo que os profissionais se consciencializem dos diferentes estereótipos, que muitas vezes, usam, de forma espontânea e natural, mas com claros prejuízos na reciprocidade cuidativa.

Olhar para os idosos, como pessoas, como alguém que tem vontade própria, que sabe o que quer, com autonomia e independência é um direito alienável que lhes cabe, e que este *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo* veio reforçar.

É imprescindível ainda, em nossa opinião, que se retratem os idosos, e que se avaliem as “cicatrices” que a sociedade lhes marca quando os trata com preconceito. As crianças de hoje são os adultos de amanhã, e os adultos de hoje são os idosos de amanhã todos pretendendo ser Felizes.

Como em todos os Estudos e Projetos, existem dificuldades e limitações que, de alguma forma condicionam o seu desenvolvimento e este não foi exceção: na verdade, o enquadramento de tempo disponível, não permitiu que o número de participantes da amostra fosse maior, o que, dado o caráter não probabilístico desta, implica desde logo, a possibilidade de não se fazerem generalizações.

Uma outra dificuldade surgida, prendeu-se com o fato, de um dos instrumentos utilizados (Questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice) não ter sido validado e adaptado para a população portuguesa, o que implicou pesquisas mais morosas, e ajustadas.

Finalmente e apesar de tudo estamos conscientes de que os objetivos a que nos propusemos no início do estudo foram atingidos, esperando também ter dado um contributo positivo na sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática tão pertinente, e cada vez mais atual.

## BIBLIOGRAFIA

ANES, Eugénia [et al.] - Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. Revista Transdisciplinar de Gerontologia-Universidade Sénior Contemporânea [Em linha]. Porto. Vol. III. Nº2 (Fevereiro/Julho 2010). [Consult. 27/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: [http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2606/1/RTG\\_III\\_2.pdf](http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2606/1/RTG_III_2.pdf)>.

ÁVILA, N. R. - **Manual de sociología gerontológica** (pp. 49-56). Barcelona: Univesitat de Barcelona, 2006.

AVISON, D. E. ; FITZGERAD, G. - **Information systems development: techniques and tools**. 2.ªed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1995.

BERGER, L. ; MAILLOUX, D - **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BISCAIA, R. [et al.] - **Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos**. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008.

CACHIONI, Meire ; NERI, A . L. - Educação gerontológica: desafios e oportunidades. Vivencer: Revista Interdisciplinar sobre o envelhecimento. Vol. 1, nº 1 (Janeiro/Junho 2004), p. 69-78.

CACHIONI, Meire - **Formação profissional, motivos e crenças relativas a velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidades da terceira idade** [Em linha]. Campinas: Universidade Estadual. 2002. Tese de Doutoramento em Educação-Concentração em Gerontologia. Consult. 21/10/2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=vtls000297483>>.

CACHIONI, Meire; AGUILAR, Luis - Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. Revista Kairós [Em linha]. São Paulo, 11:2 Dezembro 2008), 95-119. [Consult. 21/10/2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395/1488>>.

CARRILHO, M. J. ; PATRÍCIO, L. - A situação demográfica recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos. Lisboa. ISSN 1645-5657. N.º46 (2009), p. 39-75.

CASTRO, Cristina - **Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados** [Em linha]. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Consult. 21/10/2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/705/1/LC390.pdf>>.

CERVO, A. L. ; BERVIAN, A. - **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5ª.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CHEW, Daniel; GREENHILL, Jennene. - Nurses' attitude toward elderly people and knowledge of gerontic care in a multi-purpose health service. Australian Journal of Advanced Nursing [Em linha]. 24. (2007). [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.4-7.pdf>>.

COLLIÉRE, Marie Françoise - **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COSTA, Ana - **Contributo para o estudo da relação entre o índice de capacidade para o trabalho, o envelhecimento e a ergonomia**. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia. 2008. Dissertação de Mestrado. Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://run.unl.pt/bitstream/10362/1879/1/Costa\\_2008.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/1879/1/Costa_2008.pdf)>.

COSTA, Ana – **Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada** [Em linha]. Lisboa : Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento. [Consult. 21/10/2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://test01.rcaap.pt/bitstream/10362/5894/1/Costa%20Ana%20Cristina%20TM%202011.pdf>>.

COUTO, Maria Clara [et al.] - Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro – ageismo. Psicologia: Teorias e Pesquisa. Vol. 25, nº 4 (Outubro/Dezembro 2009), p. 509-518.

CUSTÓDIO, Maria Clara - **Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado** [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia. 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. [Consult. 03/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1230/1/Tese%20-%20Reformulada%20pdf.pdf>>.

DECRETO-LEI nº 28/2008. D. R. I Série [Em linha]. 38 (2008-02-22), 1182-1189. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. [Consult. 15/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.pdf>>.

DOHERTY, Mandy; MITCHELL, Elizabeth ; O`NEIL, Siobhan - Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population: a survey using the Kogan scale. Nursing Research and Practice [Em linha]. (April 2011), 7. [Consult. 21/10/2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2011/352627.pdf>>.

DUARTE, Yeda [et al.] – Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de Idosos do Município de São Paulo. Saúde Coletiva [Em linha]. São Paulo. Ano 5. Nº24 (2008), 173-177. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84252404.pdf>>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - **Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde : relatório preliminar I** [Em linha]. Porto: ERS, 2011. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/39/ULS\\_11.pdf](http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf)>.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Relatório sobre “A carta dos direitos dos utentes”: draft preliminar** [Em linha]. Porto: ERS, 2011. [Consult. 15/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: disponível em [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/Relatorio\\_Carta\\_Direitos\\_Utentes.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/Relatorio_Carta_Direitos_Utentes.pdf)>.

ERBOLATO, Regina – Relações sociais na Velhice. In FREITAS, Elizabete Viana de [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. Cap. 141.

FERNANDES, A. A. - Determinantes da mortalidade e da longevidade. Análise Social. ISSN 0003-2573. Vol. XLII, n.º 183 (2007). p. 419-443.

FERNANDES, A. A. – Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. Sociologia, Problemas e Práticas. ISSN 0873-6529 N.º 36 (2001), p. 39-52.

FERNANDES, A. A. ; BOTELHO A. – Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. Fórum Sociológico. N.º 17 (2007), p. 11-16.

FIGUEIREDO, D. – **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-276-1.

FITZGERALD, J. T. [et al.] - Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. The Gerontologist [Em linha]. 43(6) (2003), 849-855. [Consult. 12/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14704384>>.

FONSECA, António M. ; PAÚL, Constança – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005, 320 p. ISBN 972-796-185-1.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação : da concepção à realização**. Loures : Lusociência, D. L. 2009. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

FREIRE, S. A. - Envelhecimento bem- sucedido e bem- estar psicológico. In NERI, A. L. ; FREIRE, S. A. - **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000. P. 21-31.

FREITAS, Elizabete [et al.] - Atividade física. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap. 601.

GIL, A. C. – Métodos e técnicas de pesquisa social. 3.ª ed. São Paulo: Atlas, 1991. Lisboa: Edinova, 1999.

GORZONI, Milton Luiz – Envelhecimento pulmonar in geriatria. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap. 50.

HANSEN-KYLE, Linda - A concept analysis of healthy aging. Nursing Forum. 40:2 (2005), 45-57. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=9&sid=a63375b0-02ae-4e15-9a86-74a9e683b706%40sessionmgr12>>.

ILMARINEN, J. - Aging workers. Occup Environ Med [Em linha]. 58(8) (2001). p. 546-52. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1740170/pdf/v058p00546.pdf>>.

IMPERATORI, Emilio - Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde : glossário. Lisboa : Edinova, 1999. 377 p. ISBN 972-595-097-6.

LEI n.º 48/90. D. R. I Série [Em linha]. 195 (1990-08-24), 3452-3459. Lei de Bases da Saúde. [Consult. 15/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leib/assesaude.htm>>

LEVY, BR. – Eradication of ageism requires addressing the enemy within. The Gerontologist [Em linha]. 41 (2011), 578-579. [Consult. 02/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/5/578.full>>.

LIMA, M. P. - Sexualidade de terceira na terceira idade? Psychologia. Lisboa. Nº 41 (2006), p. 83-101.

LOKINLAND, S.; ANSON. K. – Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: Implications for elder care. Journal of Advanced Nursing. 21 (1995), p. 47-56.

MALLIARAKIS, Heine C. - Is gerontological nursing included in baccalaureate nursing programs? J Gerontol Nurs [Em linha]. 16(6) (June 1990), 4-7. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2362090>>.

MARQUES, Isaura – **Atitudes dos enfermeiros face aos idosos** [Em linha]. Coimbra: Escola superior de Altos Estudos, 2005. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde.

[Consult. 14/11/2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/155/159>>.

MARTINS, Rosa Maria Lopes – A depressão no idoso. Millenium. Viseu. ISSN 0873-3015. Ano 12, n.º 34 (Maio 2008), p. 119-123.

MARTINS, R.; ANDRADE, A. I.; RODRIGUES, M. L. - A vida... vista pelos idosos. Millenium. Viseu. Nº 39 (2010), p. 121-130.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; SANTOS, Ana Cristina Almeida - Ser idoso hoje. Millenium. Viseu. ISSN 0873-3015. Ano 12, n.º 35 (Novembro 2008), p. 69-76.

MARTINS, Rosa Maria Lopes ; RODRIGUES, Maria – Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. Millenium. Viseu. ISSN 0873-3015. Ano 9, n.º 29 (Junho 2004), p. 249-254.

MCCRACKEN, A.; FITZWATER, E.; LOCKWOOD, M. – Comparison of nursing students attitudes toward elderly in Norway and the United Sates. Educational Gerontology [Em linha]. 21 (1995), p. 167-180.

MENEZES, R. L.; SOUZA, M. R.; CARDOSO, T. – O conhecimento de académicos de fisioterapia em relação à velhice e ao envelhecimento. Fragments de Cultura [Em linha]. 17(¾) (Março/Abril 2007) 293-301. [Consult. 03/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/277/221>>.

MOURA, C. – **Século XXI: século do envelhecimento**. Loures: Lusociência. 2006, 100 p. ISBN 972-8930-34-8.

NATIONAL HUMAN ORGANISATION - **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978** [Em linha]. Casaquistão: WHO, 1978. [Consult. 07/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)>.

NERI, Anita L. – Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In FREITAS, Elizabeth Viana de [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. Cap. 141.

NERI, Anita; JORGE, Mariana - Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planeamento curricular. Estudos de Psicologia [Em linha]. Campinas. 23:2 (Abril/Junho 2006), 127-137. [Consult. 17/11/2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000200003)>.

NETO, F. - **Psicologia intercultural**. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2002.

NUNES, Elisabete – Validação da versão portuguesa da escala “Avaliação de atitudes face aos idosos”. In M. Gonçalves [et al.] - **Avaliação psicológica: formas e contextos**. Braga, Apport, 1997. Vol. V., p. 659-664.

NUNES, Elisabete – **Atitudes dos enfermeiros face aos idosos**. Lisboa: [s.n.], 1996. Trabalho realizado no âmbito do Curso de Sociologia/Ciências Sociais, variante Sociologia da Medicina e da Saúde. Universidade Autónoma de Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dados estatísticos 2000-2011**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos\\_2000\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE: Regulamento do exercício de prática do enfermeiro: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1996. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Enfermagem em Portugal** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura\\_10anos2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório mundial da saúde**. Genebra: O.M.S, 2001.

PAPALÉO NETTO, Matheus - **Gerontologia : velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo [etc.] : Atheneu, 2002. XVII, 524 p. ISBN 85-7379-109-8.

PAPALÉO NETTO, Matheus - O estudo da velhice: Histórico, Definição de Campo e Termos Básicos. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap.1.

PEDRÃO, Rodolfo A. Alves – O idosos e os órgãos dos sentidos. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap.84.

PEREIRA, Sílvia B. L. - **Contributo para o estudo do envelhecimento no trabalho: avaliação da capacidade de trabalho no sector têxtil-confecção** [Em linha]. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa. Lisboa: [s.n.], 2006. [Consult. 04/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://run.unl.pt/handle/10362/1879>>.

PEREIRA, Silvia R. Mendes - Fisiologia do envelhecimento. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap.83.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João – **Descobrimo a regressão com a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Silabo, 2005. ISBN 9726183944.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – **Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

POLIZZI, G. K. ; STEITZ, A. J. - Examining the aging semantic differential: suggestions for refinement. Educational Gerontology [Em linha]. 24 (1998). 207-223. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?\\_nfpb=true&\\_ERICExtSearch\\_SearchValue\\_0=EJ563510&ERICExtSearch\\_SearchType\\_0=no&accno=EJ563510](http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ563510&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ563510)>.

PORDATA - **Médicos: Total e por sexo** [Em linha]. Lisboa: PORDATA, 2012. [Consult. 05/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.pordata.pt/Europa/Medicos+total+e+por+sexo-1966>>.

PORTAL DA SAÚDE - **Constituição da República Portuguesa: artigo 64.º** [Em linha]. Lisboa, 2005. [Consult. 15/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/Constituicao.htm>>.

PORTUGAL. Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária – **Sinistralidade Condutores por Grupo Etário** [Em linha]. Lisboa: ANRS, 2012. [Consult. 05/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ansr.pt/>>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Censos 2011: estatísticas do emprego** [Em linha]. Lisboa: INE, 2012. [Consult. 05/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_ped\\_informacao](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_ped_informacao)>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – Censos 2011: resultados pré-definitivos. **Destaque-informação à comunicação social** [Em linha]. Lisboa. (3 de Fevereiro de 2012) 1-7. [Consult. 15/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2)>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Censos 2011: resultados provisórios** [Em linha]. Lisboa INE, 2011. Consult. 05/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=134582847&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2)>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Classificação portuguesa das profissões 2010** [Em linha]. Lisboa: INE, 2011. ISBN 978-989-25-0010-2. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&sqi=2&ved=0CEYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt\\_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D108021582%26att\\_display%3Dn%26att\\_download%3Dy&ei=4leTT8SiMYjO8QPq0PzNDA&usq=AFQjCNGSkHvaikQxZWAxcyEOxBnFW3P5RA&sig2=3lXfrqW5RHUOrUHB3qwkIQ](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&sqi=2&ved=0CEYQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D108021582%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=4leTT8SiMYjO8QPq0PzNDA&usq=AFQjCNGSkHvaikQxZWAxcyEOxBnFW3P5RA&sig2=3lXfrqW5RHUOrUHB3qwkIQ)>.

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento - **Carta social: rede de serviços e equipamentos** [Em linha]. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012. [Consult. 05/03/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cartasocial.pt/index2.php>>.

REED, C.; BEALL, S.; BAUMHOVER, L. – Gerontological education for students in nursing and social work: Knowledge, attitudes and perceived barriers. Educational Gerontology. 18 (1992), p. 625-636.

RESENDE, Marineia [et al.] - Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Psicologia para a América Latina [Em linha]. Nº5 (Fevereiro 2006), 164-177. Disponível em WWW: <URL:[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=>](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=>)>.

RIBEIRO, António Pedro – **Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos** [Em linha]. Aveiro: [s.n.], 2007. Dissertação de Mestrado. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3267/1/2007001187.pdf>>.

RIBEIRO, Joana - **Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade** [Em linha]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. 2010. Projeto de Graduação em Licenciatura em enfermagem. Consult. 05/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2516/1/T\\_16753.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2516/1/T_16753.pdf)>.

RICHARDSON, R. - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROY, G. - Le vieillissement: mieux comprendre, mieux prendre soin. Canadian Nurse. (1996), p.42-4.

SANTANA, Rui; COSTA, Carlos - A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. Revista de Saúde Pública. São Paulo. Vol. Temático: 7 (2008), p. 29-56. [Consult. 02/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: [http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24\\_A\\_integracao\\_vertical\\_de\\_cuidados\\_de\\_sau\\_de\\_aspectos\\_conceituais\\_e\\_organizacionais.pdf](http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24_A_integracao_vertical_de_cuidados_de_sau_de_aspectos_conceituais_e_organizacionais.pdf)>.

SANTOS, Sueli Sousa - Sexualidade e Velhice. In FREITAS, Elizabete Viana de, ed. lit. [et al.] - **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1905-6. Cap. 138.

SHEPARD, R.J. - Aging and productivity: some physiological issues. International Journal of Industrial Ergonomics [Em linha]. 25 (2000), 535–545. [Consult. 03/03/2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169814199000360>>.

SHOEN, D. C. – Nursing student attitudes after an experience with independent elderly. Gerontology and Geriatrics Education. 14 (1993), p. 47-75.

TAYLOR, K. H.; HARNED, T. L. – Attitudes toward old people: a study of nurses who care for the elderly. Journal of Gerontical Nursing. 4 (1978), p. 43-47 .

VERHAEGEN, P. ; SALTHOUSE T. A. - Meta-analyses of age cognition relations in adulthood: estimates of linear and nonlinear age effects and structural models. Psychological Bulletin. Vol. 122, nº. 3 (1997), p. 231-249



## **ANEXOS**



## **ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



## Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

---

### ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AOS IDOSOS

Caro Colega:

Sou Bruna Filipa de Sousa Pinto, enfermeira, aluna do 2º ano de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, encontrando-me na fase de elaboração de um trabalho de investigação sobre a temática: **Atitudes e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde face aos Idosos**.

Os elementos fornecidos por este **Instrumento de Colheita de Dados** destinam-se a um trabalho de investigação que tem por objectivos: Conhecer as atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde face à velhice.

Assim, venho por este meio solicitar a sua colaboração e participação neste estudo.

As questões apresentadas deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade.

Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que responda de acordo com a sua opinião.

Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

**Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.**  
BRUNA PINTO



## **2 – Local de Trabalho:**

- Cuidados de Saúde Primários
- Cuidados de Saúde Diferenciados

**SECÇÃO C- AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE**

**ESCALA OP DE KOGAN- Atitudes face aos idosos (1961)**

(trad. Elisabete Nunes, 1997)

Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever os idosos. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo que melhor indica como descreve os idosos, sendo que, **1 - Discordo inteiramente; 2 – Discordo; 3 - Discordo ligeiramente; 4 - Concordo ligeiramente; 5 – Concordo; 6 - Concordo inteiramente**. Não há respostas certas ou errada. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível o seu sentimento para com os idosos.

1-Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade.	1	2	3	4	5	6
1-Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade.	1	2	3	4	5	6
2-A maioria dos idosos não é diferente das outras pessoas: são tão fáceis de compreender como os jovens.	1	2	3	4	5	6
3-A maioria dos idosos é incapaz de mudar e só faz aquilo que quer.	1	2	3	4	5	6
4-A maioria dos idosos preferiam deixar de trabalhar assim, que os filhos tivessem rendimentos para os sustentar.	1	2	3	4	5	6
5-A maioria dos idosos tende a deixar as suas casas desarrumadas e desleixadas.	1	2	3	4	5	6
6-Uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas.	1	2	3	4	5	6
7-Quando nós pensamos sobre isso, os idosos têm os mesmos defeitos que os outros.	1	2	3	4	5	6
8-A maioria dos idosos deveria preocupar-se mais com o seu aspecto pessoal, são muito desleixados.	1	2	3	4	5	6
9-Os idosos são, na sua maioria, irritáveis, refilões e desagradáveis.	1	2	3	4	5	6
10-A maioria dos idosos raramente se queixa do comportamento dos mais novos.	1	2	3	4	5	6

11-A maioria dos idosos não necessita de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
12-Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares que também tenham pessoas mais novas.	1	2	3	4	5	6
13-De forma a manter uma vizinhança agradável, será melhor se não houver muitos idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
14-Existe algo de diferente sobre a maioria dos idosos: é difícil imaginar um pensamento que os anima.	1	2	3	4	5	6
15-A maioria dos idosos faz-nos sentir que é repouante estar com eles.	1	2	3	4	5	6
16-É loucura pensar que a sabedoria vem com a idade.	1	2	3	4	5	6
17-A maioria dos idosos é capaz de se adaptar às mudanças sempre que a situação o exija.	1	2	3	4	5	6
18-A maioria dos idosos passa o tempo a meter-se nos assuntos dos outros e a dar conselhos que ninguém pediu.	1	2	3	4	5	6
19-A maioria dos idosos está constantemente a queixar-se do comportamento dos mais jovens.	1	2	3	4	5	6
20-É evidente que os idosos são diferentes uns dos outros.	1	2	3	4	5	6
21-A maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspecto pessoal.	1	2	3	4	5	6
22-Os idosos são, na sua maioria, alegres, bem-humorados e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
23-A maioria dos idosos preferiam continuar a trabalhar até que lhes fosse possível, em vez de estar dependente de qualquer pessoa.	1	2	3	4	5	6
24-Os idosos têm muito poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
25-A maioria dos idosos faz-nos sentir pouco à vontade.	1	2	3	4	5	6
26-Os idosos, na sua maioria, têm tendência para serem discretos e não darem conselhos sem lhes pedirem.	1	2	3	4	5	6

27-Se os idosos esperam que gostem deles, o seu primeiro passo é livrarem-se das suas faltas irritantes.	1	2	3	4	5	6
28-Apesar de algumas exceções, os idosos, em geral, são muito parecidos uns com os outros.	1	2	3	4	5	6
29-Os idosos deveriam ter mais poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
30-A maioria dos idosos aborrece os outros pela sua insistência em falar "dos bons velhos tempos."	1	2	3	4	5	6
31-Podemos contar com uma vizinhança agradável, se existir uma quantidade razoável de idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
32-A maioria dos idosos faz exigências excessivas de amor e segurança.	1	2	3	4	5	6
33-Pode considerar-se que a maioria dos idosos tem as suas casas limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
34-As pessoas tornam-se mais sagazes à medida que envelhecem.	1	2	3	4	5	6

**SECÇÃO D- AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE EM RELAÇÃO À VELHICE**

<b>QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM  RELAÇÃO À VELHICE  (PALMORE-NERI-CACHIONI, 2002)</b>	
<p>Leia cada uma das frases seguintes e assinale com uma cruz (x) a alínea que considerar mais indicada.</p>	
<p><b>1. A proporção de pessoas com mais de 65 anos, que apresentam problemas cognitivos severos é:</b>  a) uma em 100  b) uma em 10  c) uma em duas  d) a maioria</p>	<p><b>2. No envelhecimento os sentidos que tendem a enfraquecer são:</b>  a) a visão e a audição  b) o paladar e o olfato  c) a visão, a audição e o tacto  d) todos os sentidos</p>
<p><b>3. A maioria dos casais acima de 65 anos:</b>  a) perdem o interesse por sexo  b) não são capazes de ter relações sexuais  c) continuam a praticar sexo regularmente  d) têm uma frequência elevada de atividade sexual</p>	<p><b>4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:</b>  a) tem tendência a piorar  b) tem tendência a manter  c) tem tendência a melhorar  d) não tem relação com idade</p>
<p><b>5. Nos idosos a satisfação com a vida:</b>  a) não existe  b) é maior do que entre os jovens  c) é menor do que entre os jovens  d) não tem relação com a idade</p>	<p><b>6. A força física nos idosos saudáveis:</b>  a) tende a declinar com a idade  b) tende a permanecer a mesma  c) tende a aumentar  d) não tem relação com idade</p>
<p><b>7. A proporção de portugueses com mais de 65 anos que residem em lares e casas de repouso é de:</b>  a) 1 para 100  b) 10 para 100  c) 25 para 100  d) 50 para 100</p>	<p><b>8. O número de acidentes que envolve condutores com mais de 65 anos, em comparação com condutores de 30 a 40 anos é:</b>  a) maior  b) a mesma  c) menor  d) desconhecida</p>
<p><b>9. Em comparação com os trabalhadores com 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:</b>  a) maior eficiência  b) a mesma eficiência  c) menor eficiência  d) depende do tipo de trabalho</p>	<p><b>10. A proporção de pessoas com 60 a 70 anos que se mantém ativas é:</b>  a) pequena  b) média  c) grande  d) não tem relação com a idade</p>
<p><b>11. A flexibilidade de adaptação a</b></p>	<p><b>12. Em comparação com os jovens</b></p>

<p><b>mudanças nas pessoas com 60 a 70 anos é:</b></p> <p>a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade</p>	<p><b>a capacidade de aprender em pessoas com 60 a 70 anos é:</b></p> <p>a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade</p>
<p><b>13. Em comparação com os jovens, os velhos têm a seguinte propensão à depressão:</b></p> <p>a) maior b) menor c) igual d) não depende de idade</p>	<p><b>14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas com 60 a 70 anos é:</b></p> <p>a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade</p>
<p><b>15. Em comparação com os jovens os idosos:</b></p> <p>a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas b) procuram mais, fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não depende de idade</p>	<p><b>16. Em comparação com os jovens, os idosos são:</b></p> <p>a) mais emotivos b) menos emotivos c) igualmente emotivos d) não depende de idade</p>
<p><b>17. A percentagem de pessoas com mais de 65 anos que vivem sozinhas é:</b></p> <p>a) 19.8% b) 5% c) 60% d) 35%</p>	<p><b>18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser:</b></p> <p>a) maior b) igual c) menor d) depende do tipo de tarefa</p>
<p><b>19. A percentagem de portugueses acima de 65 anos é:</b></p> <p>a) 8.2% b) 4.5% c) 26% d) 19%</p>	<p><b>20. No sistema público de saúde o tratamento a idosos comparativamente com o tratamento a jovens tem prioridade:</b></p> <p>a) menor b) igual c) maior d) não tem relação com a idade</p>
<p><b>21. A maioria dos idosos portugueses têm rendimento mensal de:</b></p> <p>a) até 1 salário mínimo b) 1 a 3 salários mínimos c) 3 a 5 salários mínimos d) 5 a 10 salários mínimos</p>	<p><b>22. A maioria dos idosos são:</b></p> <p>a) economicamente ativos b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos c) improdutivos d) reformados</p>
<p><b>23. A religiosidade tende a:</b></p> <p>a) crescer com a idade b) diminuir com a idade c) manter-se com a idade d) não tem relação com a idade</p>	<p><b>24. Com a idade a maioria dos idosos:</b></p> <p>a) tornam-se mais emotivos b) tornam-se menos emotivos c) tornam-se emocionalmente mais seletivos d) não mudam</p>
<p><b>25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de</b></p>	

**idosos terão:**

- a) mais formação (educação)
- b) menos formação (educação)
- c) tanta formação (educação) quanto
- d) não é possível prever



**ANEXO II - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO  
DE COLHEITA DE DADOS**

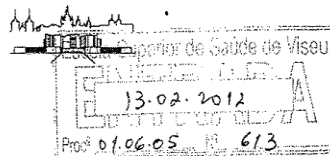




Ministério da Saúde

CENTRO HOSPITALAR TONDELA- VISEU, EPE

*Prof. Carlos*



Ex. Senhor:  
Presidente da Escola Superior de Saúde  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Ofício nº 43 Processo: 70			09/02/2012

Assunto: Pedido de autorização para efectuar Colheita de Dados

Em relação ao assunto mencionado em epígrafe, somos a informar V.ª Ex.ª que se **autoriza** a aplicação do questionário do estudo subordinado ao tema "Atitudes e conhecimentos dos profissionais de Saúde face aos Idosos". Contudo é da responsabilidade da investigadora a distribuição e recolha dos questionários. Deve ser solicitada individualmente aos inquiridos a autorização/colaboração para participarem no estudo.

Com os melhores cumprimentos, *Assinado*

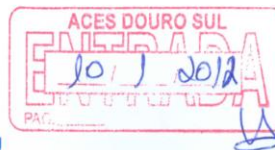
A Enf.ª Diretora

(Cassilda Neves)



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor Dr. Simões de Carvalho  
Diretor Executivo do ACES Douro II – Douro Sul  
Centro de Saúde de Tarouca  
Rua Alberto Pereira Martins  
3610 – 001 Tarouca

*10/1/2012  
Autorizo  
Simões de Carvalho*

DIRECTOR EXECUTIVO DO ACES DOURO SUL  
Dr. José Carlos Simões de Carvalho

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	44
Data:	09/01/2012
Processo:	70

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Bruna Filipa de Sousa Pinto do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "**Atitudes e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde face aos Idosos**". Pretende-se com este estudo conhecer o conjunto de atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) face ao envelhecimento/velhice.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, no período de Janeiro/Fevereiro de 2012.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a prof.ª Rosa Martins é responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

*[Signature]*  
O Presidente da ESSV,

*[Signature]*  
Professor Doutor Carlos Pereira

RM/AL

