



ANÁLISE DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO, COM VISTA À TOMADA DE DECISÃO: O CASO DO DISTRITO DE BRAGANÇA

Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança,
para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações,
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde*

Orientada por:

**Professor Doutor Carlos Pires Magalhães
Professora Doutora Paula Odete Fernandes**

BRAGANÇA, JULHO, 2011



**ANÁLISE DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS
FACE AO IDOSO,
COM VISTA À TOMADA DE DECISÃO:
O CASO DO DISTRITO DE BRAGANÇA**

Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues

Orientada por:

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Professora Doutora Paula Odete Fernandes

BRAGANÇA, JULHO, 2011

RESUMO

Em Portugal, à semelhança das sociedades desenvolvidas, verifica-se um envelhecimento crescente da população, prevendo-se um acréscimo considerável de pessoas com idade superior a 65 anos.

Envelhecer implica para a maioria dos idosos perdas importantes, e conseqüentemente mais intervenções especializadas de cuidados de saúde. Compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, conduz a uma mudança de atitude em relação ao idoso e permite ao enfermeiro assumir um papel inovador e relevante no cuidar.

A temática das atitudes é importante, pois dá conta da relação directa dos comportamentos adoptados pelos enfermeiros para com as pessoas idosas.

As atitudes são entendidas como disposições favoráveis ou desfavoráveis face a objectos, pessoas ou acontecimentos, salientando ainda que as atitudes face ao trabalho ou à organização têm efeitos na prestação de serviços, na qualidade de vida e influencia a concretização dos objectivos pessoais e empresariais.

Ao pretender analisar as atitudes dos enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança face ao idoso, objectivo da presente investigação, realizou-se um estudo de observação, analítico, transversal e do tipo quantitativo tendo-se aplicado um inquérito por questionário utilizando a escala AKPI (Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas).

Dos principais resultados destaca-se que os enfermeiros mais jovens têm menos tempo na categoria, têm mais habilitações académicas e os que trabalham na docência têm atitudes mais favoráveis face ao idoso. Os enfermeiros que exercem funções nas Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) são na globalidade jovens e apresentam atitudes bastante favoráveis perante o idoso, enquanto os enfermeiros que trabalham em Lares têm as atitudes mais desfavoráveis.

Face às actuais contingências demográficas e tendo em vista a satisfação do cliente, neste caso o idoso, a decisão com vista a recrutamento e ou mobilidade de enfermeiros, por parte do gestor, poderá recair na análise das atitudes do enfermeiro face ao idoso.

Palavras-chave: Idoso; Enfermeiros; Atitudes; Decisão.

RESUMEN

En Portugal, al igual que en las sociedades desarrolladas, hay un creciente envejecimiento de la población, se espera un aumento considerable en las personas mayores de 65 años.

El envejecimiento implica grandes pérdidas para la mayoría de los ancianos, y el cuidado por consiguiente más especializado en salud. Entender el envejecimiento como un proceso dinámico conduce a un cambio de actitud del enfermero hacia las personas mayores y le permite al enfermero tomar un papel innovador en el cuidado.

La temática de las actitudes es importante porque en ella se percibe la relación directa de la conducta adquirida por el personal de enfermería hacia los mayores. Las actitudes son vistas como favorables o desfavorables frente a objetos, personas u ocurrencias, haciendo hincapié en que las actitudes hacia el trabajo o la organización tienen un impacto en la prestación de servicios, calidad de vida e influyen en la concretización de los objetivos a nivel personal y de empresa.

Al querer estudiar las actitudes del enfermero empleado en el distrito de Braganza hacia los mayores, objetivo de esta investigación, se llevo a cabo un estudio de observación transversal analítico y cuantitativo, realizando una encuesta utilizando la escala AKPI (Kogan actitudes hacia las personas mayores). Cabe destacar de los resultados que los enfermeros más jóvenes tienen menos tiempo en el ámbito, tienen más nivel académico y los que trabajan en la enseñanza tienen actitudes muy favorables hacia los mayores. Los enfermeros que prestan servicios en Unidades de Cuidados Continuados Integrados, son en general jóvenes y presentan actitudes bastante favorables hacia los mayores, mientras que los que trabajan en residencias tienen actitudes más desfavorables.

Teniendo en cuenta las contingencias demográficas y la satisfacción del cliente, en este caso, los mayores, que el gerente intervenga en la decisión de contratar y movilizar el personal de enfermería, puede influir en el análisis de las actitudes del enfermero en relación a las personas mayores.

Palabras clave: Anciano; Personal de enfermería; Actitudes; Decisión.

ABSTRAT

In Portugal, like the developed societies, there is a growing ageing population, with a considerable increase of people aged over 65 years.

Ageing implies for most elderly major losses, requiring increasingly specialized interventions in the area of health care. Understanding the aging as a dynamic process, leads to a change of attitude towards the elderly and allows the nurse take an innovative and relevant role in care.

The theme of attitudes is important because it gives account of the direct relationship of behaviour adopted by nurses for the elderly.

Attitudes are understood as provisions favourable or unfavourable towards objects, people or events, noting that the attitudes to work or the organisation have effect on the provision of services, quality of life and influences the achievement of personal and business objectives.

When you want to examine the attitudes of nurses from Bragança against the elderly, objective of this research, conducted a study of analytical cross-sectional observation, and quantitative type having applied a survey by questionnaire using the scale AKPI (Kogan attitudes towards older people). The main results stands out that the younger nurses have less time in the category, have more academic qualifications and those who work in teaching have more favourable attitudes towards older people. Nurses serving in long-term integreted care units are in the overall youth and present fairly favourable attitudes towards the elderly, while nurses who work in nursing homes have more unfavourable attitudes.

Given the current demographic and contingencies towards customer satisfaction, in this case the elderly, the decision with a view to recruiting and or mobility of nurses by the Manager, can fall in the analysis of attitudes of nurse face the elderly.

Keywords: Elderly; Nurses; Attitudes; Decision.

Dedico este trabalho:

À Mariana e à Carolina, pela ternura e compreensão que suportou esta caminhada...

Aos meus pais, por tornarem este percurso mais fácil...

Aos meus irmãos e família, por todo o apoio e disponibilidade...

AGRADECIMENTOS

Manifesto o meu sincero agradecimento a todos que com os seus ensinamentos e estímulos, contribuíram para a realização deste estudo, em especial:

- Ao Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e à Professora Doutora Paula Odete Fernandes, por terem aceitado a orientação deste trabalho, por todo o seu incentivo, confiança, prontidão e partilha de conhecimentos;
- A todos os professores deste mestrado, por me terem facultado crescimento e realização pessoal;
- Aos colegas de mestrado, cujo convívio tornou mais agradável e estimulante a realização deste curso, especialmente à Sandra, companheira de todo este percurso, pela sua cumplicidade e por todos os momentos partilhados;
- À Dra. Laura Viegas, que me autorizou a utilizar a versão portuguesa da Escala AKPI;
- Às Instituições de Saúde pela autorização para a realização da colheita de dados, e à Ordem dos Enfermeiros Portugueses, pelo material estatístico disponibilizado;
- Aos enfermeiros que colaboraram no preenchimento dos questionários, tornando possível este estudo;
- À Lurdes, pelas lições de vida, e porque têm permitido que o meu cuidar em enfermagem me conceda tanta satisfação;
- À Brígida, pela orientação, apoio e encorajamento em todos as etapas do meu caminho, à Daniela, pelo tempo disponibilizado e pela sua paciência, à Lena, pela amizade e pelas suas orações e à Eduarda pelas palavras amigas que nortearam este caminhar;
- À São e à Rute, pela amizade, ajuda e força que me deram;
- Aos meus irmãos, Nelo e Pedro, meus grandes amigos, pela confiança que depositam em mim;
- Aos meus Pais, Ana e Fernando, pelo apoio e estímulo que me ofereceram nos momentos mais difíceis;
- Às minhas filhas, Mariana e Carolina, os meus bens mais preciosos, pelo tempo que deixei de lhes dedicar, pelo seu incentivo, compreensão e amor, com que sempre responderam.

SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AKPI - Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas

ANA - American Nurses Association

ANOVA - Analysis of Variance

APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros

CESE - Curso de Estudo Superior Especializado

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CHNE - Centro Hospitalar do Nordeste

CIRES - Centro de Investigações da Realidade Social

CS - Centro de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

ESSa - Escola Superior de Saúde

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

NGNA - National Gerontological Nursing Division

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados e Integrados

UE - União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I PARTE. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
CAPÍTULO I. O IDOSO.....	4
1.1. Conceitos de Velhice e Envelhecimento	4
1.2. Teorias do Envelhecimento	6
1.3. Alterações Associados ao Processo de Envelhecimento.....	10
1.3.1. Aspectos Biológicos	10
1.3.2. Aspectos Psicológicos e Cognitivos	13
1.4. Mitos e Estereótipos.....	14
1.5. Envelhecimento Demográfico	18
CAPÍTULO II. A ENFERMAGEM	20
2.1. Enfermagem em Portugal	21
2.2. Formação em Gerontologia	24
2.3. Desenvolvimento da Enfermagem Gerontológica	25
2.4. Objectivos dos Cuidados em Gerontologia	27
CAPÍTULO III. AS ATITUDES	32
3.1. Conceitos de Atitudes.....	32

3.2. Modelos de Atitudes.....	33
3.3. Características e Funções das Atitudes	35
3.4. Formação das Atitudes	36
3.5. Atitudes e Comportamentos.....	37
3.5.1. Condições Metodológicas da Predição Atitude-Comportamento	37
3.5.2. Modelos Teóricos de Predição do Comportamento	38
3.6. Atitudes do Enfermeiro Face ao Idoso	40
II PARTE. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
CAPÍTULO IV. ANÁLISE DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO: O CASO DO DISTRITO DE BRAGANÇA.....	46
4.1. Contextualização e Objectivos do Estudo	46
4.2. Metodologia.....	48
4.2.1. Tipo de Estudo	49
4.2.2. Variáveis de Investigação	49
4.2.3. Hipóteses de Investigação	50
4.2.4. População e Amostra.....	51
4.2.5. Instrumento de Recolha de Dados	52
4.2.6. Procedimentos e Tratamento de Dados	55
4.3. Apresentação de Resultados	56
4.3.1. Dados Sócio-Demográficos	56
4.3.2. Dados Profissionais	57
4.3.3. Escala AKPI	62
4.4. Análise Inferencial	65
4.5. Discussão de Resultados	68

CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS	81
ANEXO I. Email da Ordem dos Enfermeiros.....	82
ANEXO II. Instrumento de Recolha de dados.....	84
ANEXO III. Autorização da Dra. Laura Viegas para Utilizar a Escala AKPI	92
ANEXO IV. Autorização para Aplicar os Questionários nas Instituições de Saúde.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática do envelhecimento biológico.....	8
Figura 2. Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico	9
Figura 3. Projeções segundo a Eurostat da pirâmide populacional para 2060	19
Figura 4. Sistema de informação do enfermeiro gerontológico	31
Figura 5. Modelo tripartido clássico de atitude.....	33
Figura 6. Modelo unidimensional de atitude	34
Figura 7. Modelo tripartido revisto de atitude.....	35
Figura 8. Componentes da teoria do comportamento planejado	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Modificações biológicas estruturais ligadas à senescência</i>	11
Tabela 2. <i>Modificações biológicas funcionais ligadas à senescência</i>	12
Tabela 3. <i>Principais alterações cognitivas que ocorrem na senescência</i>	13
Tabela 4. <i>Provérbios de cariz negativo acerca da velhice</i>	17
Tabela 5. <i>Marcos no desenvolvimento da enfermagem gerontológica</i>	26
Tabela 6. <i>Atributos de importância da enfermeira geriatra</i>	29
Tabela 7. <i>Prestação de cuidados holísticos</i>	29
Tabela 8. <i>Princípios da prática de enfermagem gerontológica</i>	30
Tabela 9. <i>Funções psicológicas das atitudes</i>	36
Tabela 10. <i>Relação crenças/attitudes</i>	42
Tabela 11. <i>Consistência interna da escala (comparação com outros estudos)</i>	55
Tabela 12. <i>distribuição da amostra segundo as características sócio-demográficas</i>	57
Tabela 13. <i>Distribuição da amostra segundo as características profissionais (categoria profissional, tempo nessa categoria e tempo na profissão)</i>	58
Tabela 14. <i>Distribuição da amostra segundo as características profissionais (área em que exerce funções e local onde exerce funções)</i>	59
Tabela 15. <i>Variáveis relativas à área em que exerce funções no serviço actual, tempo no respectivo serviço e experiência profissional noutros serviços</i>	60
Tabela 16. <i>Viver com idosos</i>	61
Tabela 17. <i>Médias das idades e do tempo na profissão de acordo com a área onde exerce funções</i>	61
Tabela 18. <i>Médias das idades de acordo com o local onde exerce funções</i>	62
Tabela 19. <i>total escala negativa e positiva</i>	62
Tabela 20. <i>Estatística descritiva para os itens da escala</i>	63

Tabela 21. <i>Áreas da escala AKPI</i>	64
Tabela 22. <i>Correlações entre variáveis independentes e as escalas positiva e negativa</i>	66
Tabela 23. <i>Comparações entre o sexo, estado civil, categoria, local e área onde exerce funções e a escala positiva e negativa</i>	67
Tabela 24. <i>Comparações entre o residir com idosos para a escala positiva e negativa</i>	68

INTRODUÇÃO

A última metade do século XX caracterizou-se por um imutável processo de transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento demográfico em consequência do aumento do nível de esperança média de vida e do declínio da natalidade (INE, 2009).

Costa (1999), salienta que o envelhecimento populacional, tem provocado na sociedade contemporânea, alterações profundas, tanto ao nível económico como social, tornando-se uma das principais preocupações dos intervenientes no domínio da saúde e começa a influenciar significativamente a prática dos cuidados.

Envelhecer é um fenómeno inevitável do ponto de vista temporal mas variável individualmente, e foi desde sempre motivo de reflexão dos homens. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos tem vindo a alterar-se e reflectem 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 (Paúl & Fonseca, 2005).

Berger (1995d, p. 63), salienta que, "... No nosso mundo civilizado, os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar...". A mesma autora, considera que os mitos e estereótipos causam uma enorme perturbação nos idosos uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades.

O preconceito influencia as atitudes dos profissionais de saúde e afecta os cuidados aos idosos, tratando-o como uma pessoa incapaz de se cuidar e de tomar decisões (Roach, 2003). As atitudes e estereótipos que levam à discriminação dos idosos, solidificam comportamentos desfavoráveis e não satisfazem as necessidades individuais e únicas da pessoa idosa. O enfermeiro que não percebe as necessidades de cada idoso, não o reconhecendo como ser único, fruto dos anos que viveu e da forma como os viveu, não estabelece com ele uma relação de ajuda essencial para o cuidar.

Compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, conduz necessariamente a uma mudança de atitude em relação ao idoso e permite ao enfermeiro agir em conformidade, assumindo um papel inovador e relevante na prestação de cuidados. Os enfermeiros têm um papel preponderante, no sentido de desfazer atitudes preconceituosas. A Enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis que lhe são prescritos.

Dado o interesse pessoal pelos idosos e certos, de podermos dar algum contributo para o aprofundamento e clarificação desta problemática, decidimos enveredar por um estudo, analítico, transversal e do tipo quantitativo. Para tal, colocou-se então a questão de investigação: Há predominância de atitudes favoráveis por parte dos enfermeiros, que exercem funções no distrito de Bragança, face ao idoso?

Dada a natureza do estudo, optamos por escolher como instrumento de recolha de dados o questionário, composto por duas partes: a primeira refere-se aos dados sócio-demográficos e profissionais da amostra e a segunda apresenta a Escala AKPI (Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas) elaborada e validada por Kogan, em 1961, nos Estados Unidos da América, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa em 2002, pela Doutora Laura Viegas.

Este trabalho encontra-se estruturado essencialmente em duas partes, a primeira parte é referente à contextualização teórica acerca da problemática em estudo, no sentido de obter fundamentação e justificação para a análise e interpretação dos dados obtidos, enquanto que a segunda parte é consignada à investigação empírica.

A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro refere-se ao Idoso, onde serão abordados conceitos de velhice e envelhecimento, teorias do envelhecimento, alterações associadas ao processo de envelhecimento, nomeadamente aspectos biológicos, psicológicos e cognitivos. Destacam-se ainda neste capítulo alguns mitos e estereótipos referentes aos idosos, assim como a abordagem do envelhecimento demográfico. O segundo capítulo refere-se à Enfermagem, salientando a enfermagem em Portugal, a formação em gerontologia, o desenvolvimento da enfermagem gerontológica e ainda os objectivos dos cuidados em gerontologia. O terceiro capítulo refere-se às atitudes. Inicia com uma contextualização de atitudes, abordando posteriormente modelos de atitudes, características e funções de atitudes e ainda a formação de atitudes. Salienta ainda, as condições metodológicas de predição de atitude - comportamento, e os modelos teóricos de predição de comportamento. Este capítulo finaliza destacando atitudes face ao idoso.

A segunda parte, constituída pelo quarto capítulo, é dedicada à investigação empírica. Neste capítulo, após a contextualização do problema justifica-se a escolha do tema, enumeram-se os objectivos deste estudo, apresenta-se o tipo de metodologia seguida, bem como o tipo de desenho de investigação. Segue-se a apresentação das variáveis e das hipóteses de investigação. Justificam-se as opções metodológicas tomadas relativamente à escolha da amostra, apresentando-se o tipo de amostragem. Efectuada a aplicação do questionário e construída a respectiva base de dados, procede-se ao tratamento estatístico. Segue-se a apresentação, análise e a discussão dos resultados.

Finalmente, com base nos resultados da investigação, sistematizam-se as conclusões e apresentam-se algumas sugestões pertinentes.

Passaremos então a apresentar o enquadramento teórico do estudo.

I PARTE. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. O IDOSO

Etimologicamente, a palavra “Idoso”, deriva da palavra “Idade”, com o sufixo “oso”, definindo “aquele que tem muita idade”. (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2003, p. 2032). A mesma fonte, (p. 3676) define “Velho” como sendo “o que não é jovem, tem muitos anos de vida, ancião...”.

Em Portugal, existem autores que utilizam um e outro termo com o mesmo objectivo, de acordo com preferências pessoais (Magalhães, 2008; Gonçalves, 2008), outros atendendo à conotação que lhe está associada (Oliveira, 2005).

A língua espanhola utiliza simplesmente o termo “Mayores” para designar a pessoa idosa.

De seguida serão abordados conceitos de Velhice e Envelhecimento, sob o ponto de vista de alguns autores.

1.1. Conceitos de Velhice e Envelhecimento

Mailloux-Poirie (1995), define velhice como um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Berger (1995e), separa envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário é considerado não patológico, intrínseco ao organismo ou seja hereditário. O envelhecimento secundário refere-se a situações patológicas, ou seja ao aparecimento de defeitos ou deficiências causadas por factores hostis no ambiente, incluindo trauma e deficiência adquirida. Corroboram esta delimitação, outros autores, tais como Busse (1999), Netto (2006).

Birren e Schroots (1996, citados por Magalhães, 2008), descrevem um terceiro tipo de envelhecimento, denominado terciário, correspondente às alterações que ocorrem de uma forma precipitada num dado período da velhice, que precedem imediatamente a morte, sugerindo a possibilidade da existência de um envelhecimento acelerado.

A velhice é um processo comum a todos os seres vivos. Há uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo que envelhece (Mercadante, 1999).

Costa (1999) sublinha que envelhecer é uma característica, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas, definindo-o como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.

Contrapõe assim, ao conceito de envelhecimento normal, o do envelhecimento patológico evidente nos indivíduos cuja idade biológica é claramente superior à cronológica.

Envelhecer, nos seres vivos, geralmente refere-se aos efeitos adversos da passagem do tempo, embora ocasionalmente o termo se refira aos processos positivos de maturação ou aquisição de uma qualidade desejável (Busse, 1999).

Filho (1999) salienta que o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, conduzindo a alterações no organismo, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas levando-o à morte.

Paschoal (1999), defende que o processo de envelhecimento é muito pessoal e cada indivíduo ao envelhecer pode apresentar involuções em diferentes níveis e diferentes graus, no sentido de que certas funções e capacidades declinam mais rapidamente que outras. Neste sentido, o autor aborda várias dimensões de envelhecimento:

- Biológico: Considera-se que o envelhecimento começa pelo menos tão precocemente quanto a puberdade e é um processo contínuo durante a vida.
- Social: O reconhecimento do idoso varia de acordo com o quadro cultural, com o transcorrer das gerações e com as condições de vida e trabalho a que estão submetidos.
- Intelectual: Justifica-se com a velhice o facto de o indivíduo ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as capacidades intelectuais anteriores.
- Económico: Define-se uma pessoa idosa, a partir do momento que deixa o mercado de trabalho e deixa de ser economicamente activa.
- Funcional: A deterioração da saúde física e mental, que ocorre com o passar dos anos, começando a depender de outros para a satisfação das necessidades básicas ou de tarefas habituais, caracterizam o idoso.
- Cronológica: A maioria da literatura geriátrica e gerontológica aceita um ponto de corte aos 65 anos de idade, a partir da qual, os indivíduos são considerados idosos.

Roach (2003), defende que o envelhecimento é um processo que se dá ao longo da vida, e começa na concepção. As alterações relacionadas à idade são inevitáveis, podendo afectar o

estilo de vida, porém muitas delas podem ser contornadas para que a pessoa possa viver uma vida feliz e produtiva.

Corroborando outros autores, defende ainda que o envelhecimento é altamente individualizado e influenciado por factores ambientais, genéticos, sanitários e actividades de promoção de saúde. A autora considera idade cronológica, como sendo o número de anos desde o nascimento e idade funcional que é avaliada em termos de desempenho funcional. Classifica a população idosa, de acordo com a idade cronológica, em:

- Idoso jovem: 65 a 74 anos;
- Idoso de meia-idade: 75 a 84 anos;
- Idoso velho: mais de 85 anos.

A mesma autora apresenta os termos:

- Idoso vulnerável, referindo-se àqueles com mais de 75 anos ou àqueles com mais de 65 anos que são portadores de algum tipo de comprometimento funcional,
- Idoso saudável, referindo-se a pessoas sem comprometimento funcional, que maneja bem o ambiente e precisa apenas de assistência mínima.

Eliopoulos (2005), sugere que pessoas com idade superior a 65 anos, possam ser categorizadas como:

- Idoso jovem: 65 a 75 anos;
- Idoso: 75 a 85 anos;
- Idoso idoso: 85 a 100 anos;
- Idoso de elite: acima de 100 anos.

Motta (2006) defende que a velhice é um fenómeno biossocial que não existe singularmente e nem de modo tão evidente quanto se costuma enunciar, é portanto a heterogeneidade que caracteriza o envelhecimento enquanto fenómeno social. O envelhecimento é um processo pessoal que todos devemos aprender a controlar, para que o resultado final seja o melhor possível. Pode-se considerar o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de todo um continuum que é a nossa vida, começando esta com a concepção humana e terminando com a morte. O autor supra citado considera, o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o idoso (resultado final) constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente ligados

1.2. Teorias do Envelhecimento

Neste subcapítulo serão abordadas diferentes teorias que tentam explicar o envelhecimento biológico e psicossocial.

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

Segundo Filho e Alencar (1998), as manifestações somáticas do envelhecimento são geralmente bem visíveis e facilmente observáveis, porém pouco se sabe sobre a origem desse fenómeno comum a todos os seres vivos, havendo muita discordância quanto à verdadeira natureza e dinâmica do processo.

Busse (1999), corrobora desta opinião, referindo que existem muitas teorias e processos de envelhecimento, contudo não existe uma teoria satisfatória e unificada do envelhecimento, e que diversas teorias do envelhecimento ainda exigem comprovação científica.

Ermida (1999), complementa, reforçando que o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais significativas e evidenciáveis, contudo as causas e a natureza do processo ainda não se consideraram esclarecidas. Embora o papel da genética seja unanimemente aceite na comunidade científica, continua por se revelar se a natureza dos mecanismos é programada ou estocástica.

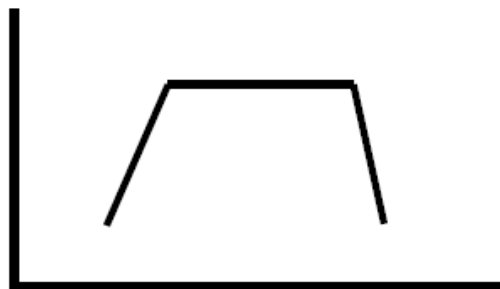
Pinto (2001), considera que relativamente às causas do envelhecimento, as teorias podem dividir-se em dois grandes grupos: as chamadas Teorias Estocásticas e as Teorias Deterministas. A mesma autora salienta que as primeiras, defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas que conduzirão ao desgaste e à morte, por seu lado as segundas defendem que o envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético, sendo o genoma um tipo de relógio molecular, biológico.

Na base de todas as teorias está a tentativa de explicar a morte celular, fenómeno central de todo o envelhecimento. Os estudos sobre o envelhecimento biológico, psicológico e social visam uma melhor compreensão do processo, para que as pessoas possam envelhecer de maneira mais saudável e adiar algumas consequências menos agradáveis da idade avançada, (Eliopoulos, 2005).

A. TEORIAS GERAIS DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Fernández-Ballesteros (2000), considera que a forma de conceptualizar o envelhecimento e a velhice engloba as vertentes biológicas, psicológicas e sociais. Enfatiza também que nenhuma teoria por si só, será capaz de explicar o envelhecimento uma vez que as alterações que se manifestam ao longo do tempo são de todo o tipo (bioquímicas, celulares, sistémicas, intelectuais, afectivas, familiares entre outras).

A mesma autora refere que os biólogos contribuíram activamente na descrição de dezenas de teorias sobre o envelhecimento. Basicamente todas elas descrevem que o organismo individual, passa por três etapas fundamentais: crescimento e desenvolvimento; maturação; declive e morte. As três fases sucedem-se inevitavelmente, excepto na presença de erros biológicos ou morte provocada por um acidente do organismo, ou ainda em casos de alteração plástica e/ou funcional que provoque a morte do indivíduo, conforme se apresenta na Figura 1.



Padrão biológico ao longo do ciclo vital

Figura 1. Representação esquemática do envelhecimento biológico

Fonte: Fernández-Ballesteros (2000, p. 46)

Dentro das teorias gerais existentes para explicar o processo de envelhecimento biológico Mailloux-Poirier (1995), juntamente com outros autores, nomeadamente Magalhães (2003), Castro (2007), Gonçalves (2008) elaboram uma síntese das teorias mais citadas:

- Teoria Imunitária: Considera que com a idade o sistema imunitário vai sofrer transformações, deixando de reconhecer as suas próprias células, levando à sua destruição e deixando de identificar os organismos invasores. Segundo esta teoria é a disfunção gradual ou a falha do sistema imunitário, o que originaria o envelhecimento.
- Teoria Genética: Considera o envelhecimento, como um processo definido geneticamente, estando biologicamente programado e por consequência a longevidade estaria relacionada com as características genéticas de cada um.
- Teoria do Erro da Síntese Proteica: Diz-nos que alterações da molécula de Ácido Desoxirribonucleico (DNA) levam a erros na informação genética, impedindo, a produção de proteínas essenciais à sobrevivência, logo o envelhecimento seria consequência da morte celular.
- Teoria do Desgaste: Defende que o envelhecimento se deve à deterioração pelo uso. É comum fazer uma analogia com as peças de uma máquina, em que o desgaste daria azo a anomalias e, posteriormente, à paragem do mecanismo.
- Teoria dos Radicais Livres: Sugere que a morte celular e o envelhecimento advêm da peroxidação dos lípidos provocada pelos radicais livres.

- Teoria Neuro-Endócrina: Defende que o envelhecimento se deve a uma falha/insuficiência do sistema endócrino na coordenação das diferentes funções corporais. Assim sendo a maioria das funções neuro-endócrinas tende a diminuir com o avanço da idade.

Mailloux-Poirier (1995), considera que existem outras teorias do envelhecimento biológico, mas apenas a teoria do desgaste, descreve os resultados do envelhecimento, as outras cinco explicam as suas causas, contudo todas elas o definem e em certa medida estão interligadas.

B. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO PSICOSSOCIAL

Fernández-Ballesteros (2000), considera que não existem teorias psicológicas explicativas do envelhecimento e da velhice, mas sim descrições de alterações que se produzem com a idade e se reflectem no funcionamento psicológico das pessoas. Salaria ainda que, nem todas as alterações a nível psicológico ao longo do ciclo vital, se sobrepõem ao padrão de desenvolvimento biológico, podendo existir aspectos que se manifestam ao longo do ciclo vital, e outros que depois de um período de desenvolvimento, permanecem constantes, como se pode observar nos exemplos do padrão psicológico, apresentados seguidamente de forma esquemática na Figura 2.

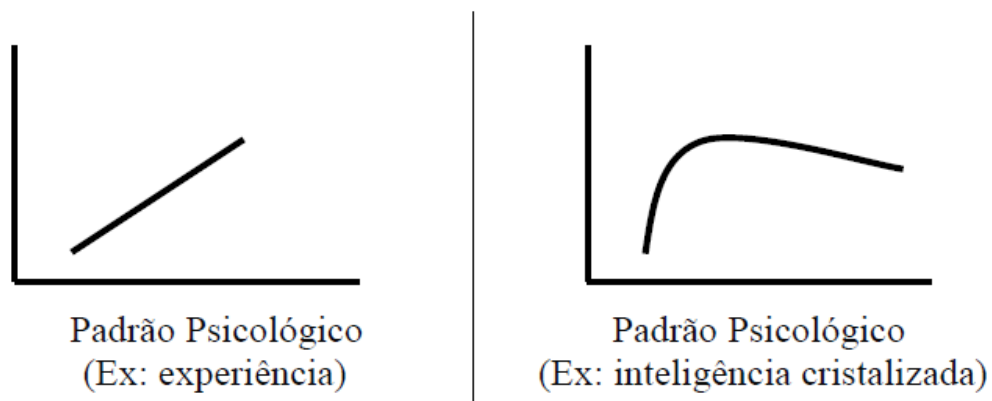


Figura 2. Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico

Fonte: Fernández-Ballesteros (2000, p. 46)

O envelhecimento é encarado como um processo interactivo entre o indivíduo, a sua função cognitiva e ambiente físico e social. O envelhecimento no indivíduo não se processa só a nível biológico, também a nível psicológico, e principalmente a nível social (Roach, 2003).

Dentro das teorias gerais existentes para explicar o processo de envelhecimento psicossocial Mailloux-Poirier (1995), em consonância com outros autores, entre os quais: Magalhães (2003), Roach (2003), Eliopoulos (2005), Castro (2007), Gonçalves (2008) destacam uma síntese das mais citadas:

- Teoria da Actividade: Segundo esta teoria o idoso deve manter-se activo para obter da vida a maior satisfação possível, manter a auto-estima e assim conservar a saúde. Deve-se procurar na vida novos papéis que nos vão dando maior satisfação, descobrindo novos interesses e pessoas. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida.

- Teoria da Desinserção: Esta teoria explicada por Cumming e Henry (s/d, citada por Mailloux-Poirier, 1995), demonstra que o envelhecimento é acompanhado por uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. Defende que o envelhecimento é um processo de afastamento gradual entre o idoso e a sociedade, permitindo que os mais jovens ocupem os seus papéis de liderança.

- Teoria da Continuidade: Esta teoria vai fazer a síntese das duas teorias anteriores e ao mesmo tempo consegue contrariá-las. Segundo esta, o idoso mantém os seus hábitos de vida, e as suas preferências. Experiências e envelhecimento fazem parte integrante do ciclo da vida em que o idoso assume compromissos, já que eles fazem parte efectiva da sua personalidade. Esta teoria realça a importância da individualidade de cada pessoa tendo em conta o seu trajecto de vida (Mailloux - Poirier, 1995).

Neri (2006) refere que o estudo científico do envelhecimento pela psicologia é relativamente recente, em comparação com o estudo da infância e da adolescência. Uma das razões segundo a autora prende-se com o facto de que, por quase 60 anos, desde o início do século XX, a psicologia assumiu que os anos da velhice eram apenas de declínio.

A mesma autora salienta que o principal evento deflagrador dos estudos psicológicos sistemáticos sobre o envelhecimento, foi o envelhecimento populacional que se evidenciou nos meados do século XX e que trouxe mudanças pragmáticas para a psicologia do desenvolvimento.

1.3. Alterações Associados ao Processo de Envelhecimento

Zimmerman (2000, citado por Magalhães, 2008), salienta que o envelhecimento pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, independentemente das teorias que explicam, na maioria dos casos, visões parcelares do processo.

1.3.1. Aspectos Biológicos

Segundo Berger (1995e), no processo de envelhecimento são afectados todos os sistemas do organismo e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modifica os comportamentos individuais, tratando-se contudo de processos normais e universais, e não sinais de doença. Salienta ainda que ninguém envelhece da mesma maneira e ao mesmo ritmo, contudo

as modificações fisiológicas do envelhecimento humano têm efeitos cumulativos, progressivos, irreversíveis e terminam na morte.

A autora supra citada, define senescência como um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo, tratando-se de um fenómeno normal ao contrário de senilidade designando uma degenerescência patológica, tendo origem em disfunções orgânicas.

A mesma autora, corroborada por Eliopoulos (2005), defende que as alterações anatómicas e fisiológicas relacionadas com a velhice iniciam-se muitos anos antes de surgirem os primeiros sinais exteriores. Algumas destas alterações têm início por volta dos quarenta anos e continuarão até à morte, até que o organismo perca por completo a capacidade de adaptação.

O processo de senescência é responsável pelo envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo, implicando o declínio das respectivas funções orgânicas, descritas na Tabela 1.

Tabela 1. *Modificações Biológicas Estruturais Ligadas à Senescência*

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	
<p>a. Células e tecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do número de células activas . Aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células ou tecidos . Abrandamento do ritmo da multiplicação celular . Diminuição do número de glóbulos (vermelhos e brancos) e perda de eficácia . Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos . Atrofia e perda de elasticidade tecidular <p>b. Composição global do corpo e peso corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro . Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos <p>c. Músculos, ossos e articulações</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição de 25 a 30% da massa muscular (podendo atingir os 50%) . Diminuição da mobilidade de diversas articulações . Adelgaçar dos discos vertebrais, o que provoca uma redução de 1 a 5 cm na altura 	<ul style="list-style-type: none"> . Redução da dimensão da caixa torácica . Perdas de cálcio (osteoporose) . Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio <p>d. Pele e tecido subcutâneo</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da pele; possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas . Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas. Perda de elasticidade da pele . Persistência da prega cutânea . Aparecimento de rugas . Acentuação das proeminências ósseas . Descair das faces, queixo e pálpebras, e alongamento dos lobos das orelhas <p>e. Tegumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pêlos finos e raros, excepto na face . Perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos . Acinzentar e descolorir dos cabelos . Espessamento das unhas (onicogribose)

Fonte: Berger e Mailloux-Poirier (1995, pp. 123-154)

Segundo Berger (1995e), os sinais exteriores de envelhecimento são geralmente mal aceites, porque modificam para sempre a imagem corporal, sendo a este nível a maior dificuldade de adaptação pessoal, porque raramente provoca alterações funcionais importantes.

A mesma autora salienta que paralelamente às mudanças ligadas à estrutura e à aparência, o funcionamento do organismo altera-se com a redução das células e a perda das reservas fisiológicas, reflectindo-se na deterioração das funções dos órgãos, como descritas na Tabela 2.

Tabela 2. *Modificações Biológicas Funcionais Ligadas à Senescência*

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	
<p>a. Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> . Degenerescência cálcica das válvulas . Diminuição de 18% do volume de água . Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima) . Aumento da tensão arterial em repouso (sístole e diástole) . Redistribuição do fluxo sanguíneo: o cérebro, as artérias coronárias e os músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e os rins . Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes . Aumento da resistência dos vasos periféricos (1% ao ano) <p>b. Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perda de capacidade de expansão pulmonar . Diminuição de 50% da capacidade respiratória . Diminuição do consumo basal de oxigénio . Possibilidade de enfisema e bronquite senil . Atrofia e rigidez pulmonar . Problemas de expectoração das secreções brônquicas <p>c. Sistema renal e urinário</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do número de nefrónios . Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da "clearance" urinária . Possibilidade de incontinência, primeiro nas mulheres, depois nos homens . Micções mais frequentes e menos abundantes <p>d. Sistema gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> . Modificações dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc. . Perda do tónus muscular . Atrofia das glândulas salivares . Baixa do sentido do paladar . Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lipase) . Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60 %), da pepsina e do suco pancreático . Diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e do peristaltismo . Perturbações da absorção . Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação (fecalomas, obstipação, etc.) <p>e. Sistema nervoso e sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do n.º unidades funcionais no cérebro . Perda de massa cerebral (5 a 10%) 	<ul style="list-style-type: none"> . Baixa do consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral . Declínio gradual da condução nervosa (10 a 15%) e demora no tempo de reacção . Diminuição da condução periférica (nervos), sobretudo após os 40 ou 50 anos, e dos neurotransmissores . Perda de eficácia dos proprioceptores (sobretudo da dor e do tacto) . Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio . Perda da motricidade fina . Alteração do controlo do sistema autónomo . Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo <p>f. Sistema sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> . Elevação do limiar da percepção do sabor e dos odores . Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura . Diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos . Sensações auditivas anómalas (acufenos) . Diminuição, a partir dos 20 anos, da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna . Presbitia ou presbiopia (pelos 40, 50 anos) . Redução da acuidade visual e da visão periférica . Possibilidade de cataratas senis e/ou de glaucoma <p>g. Sistema endócrino e metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perturbação no metabolismo da glucose em 70% dos idosos . Abrandamento da utilização periférica da tiroxina . Alterações menores do funcionamento corticossuprarenal . Baixa do metabolismo basal . Diminuição da taxa de estrogénio a partir dos 35 ou 45 anos <p>h. Sistema reprodutor</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atrofia dos órgãos genitais internos e externos . Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação . Modificação da libido no homem e na mulher <p>i. Sistema imunitário</p> <ul style="list-style-type: none"> . Lentidão da resposta imunitária a um antigénio . Imunodeficiência relativa <p>j. Ritmos biológicos e sono</p> <ul style="list-style-type: none"> . Modificação das fases do sono . Períodos mais frequentes de sono ligeiro . Diferente repartição das horas de sono

Fonte: Berger e Mailloux-Poirier (1995e, pp. 123-154)

Eliopoulos (2005), salienta que o envelhecimento é uma experiência natural e não um processo patológico, referindo ainda que de pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto, dependendo de factores externos: os estilos

de vida, as actividades que o indivíduo desenvolve, o ambiente onde se insere, a organização de cuidados de saúde; e internos: a bagagem genética e o estado de saúde.

1.3.2. Aspectos Psicológicos e Cognitivos

O ser humano é um todo indivisível, o corpo e o espírito em estreita simbiose, visando uma adaptação bem sucedida ao longo da vida, evitando resignar-se, recorrendo a estratégias para conservar a auto-estima, no sentido de alcançar um envelhecimento feliz (Berger, 1995f).

A mesma autora salienta que existem factores que não estando apenas ligados ao envelhecimento, influenciam muito a capacidade de adaptação ao mesmo, e são eles: as perdas de papel, as crises, as múltiplas situações de stress, a doença, a fadiga, o desenraizamento, entre outros traumatismos que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão.

São numerosas as pesquisas sobre alterações cognitivas que ocorrem na senescência. Na Tabela 3 apresenta-se uma síntese das principais alterações cognitivas.

Tabela 3. *Principais Alterações Cognitivas que Ocorrem na Senescência*

ALTERAÇÕES COGNITIVAS	
<p>Alterações fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atrofia cerebral e diminuição do peso do cérebro . Diminuição do número de neurónios <p>Inteligência</p> <ul style="list-style-type: none"> . Baixa de inteligência fluida . Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada . Baixa ligeira na grande velhice . Diminuição da capacidade de conceptualiza . Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal . Manutenção dos conhecimentos adquiridos <p>Tempo de reacção</p> <p>Baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento do tempo de reacção <p>Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> . Assimilação mais lenta . Baixa da motivação e aumento da fadiga . Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes . Manutenção das capacidades de aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Dificuldades acrescidas na organização, armazenamento e utilização de dados . Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo <p>Manutenção ou melhoria das aptidões verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> . Memória . Baixa da memória a curto prazo (imediate) . Manutenção da memória a longo prazo (fixação) . Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organiza-las . Baixa de memória visual e auditiva a curto prazo <p>Resolução de problemas e criatividade</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dificuldade em utilizar novas estratégias . Pensamento mais concreto que abstracto . Maior prudência e rigidez . Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes . Maior redundância na colheita de informações . Tendência para manter velhos hábitos . Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas)

Fonte: Berger e Mailloux-Poirier (1995f, p. 187)

Berger (1995f), salienta o facto de existirem muitos estudos dos processos cognitivos e intelectuais do envelhecimento, mas poucos se debruçaram sobre os seus aspectos psicológicos ou sejam as mudanças afectivas, emotivas e de personalidade.

Refere ainda que um dos postulados mais sérios, relacionados com a psicologia e a personalidade dos idosos, consiste em que a adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito, reforçando que para ter um comportamento adaptado, o idoso tem que estar motivado para isso e contornar certos aspectos de personalidade.

A mesma autora é de opinião que o envelhecimento não é apenas consequência da degeneração biológica, mas resulta em parte de condições sociais, políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade, porque uma pessoa bem integrada no seu meio é capaz de adoptar uma atitude psicossocial positiva, ou seja, reconhecer que fez bem aquilo que tinha a fazer e encarar com serenidade a proximidade do fim.

1.4. Mitos e Estereótipos

Berger (1995d, p. 63), refere de modo taxativo, "...o nosso mundo civilizado os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar...". A mesma autora define estereótipos como sendo "...um chavão, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade...Trata-se de uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, e pode ser positivo ou negativo..." (p. 64). Define também mitos como sendo "... uma construção do espírito que não se baseia na realidade. É uma representação simbólica..." (p. 64).

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003, p. 1623), define estereótipo como uma ideia ou convicção classificativa preconcebida sobre alguém ou algo, resultante de expectativa, hábitos de julgamento ou falsas generalizações.

A mesma fonte (p. 2510) define mito como uma "... construção mental de algo idealizado sem comprovação prática, ... estereótipo, ... afirmação fantasiosa inverídica, ... que é disseminada com fins de dominação, ... difamatório, ...propagandístico, ...gera guerra psicológica ou ideológica".

Estudos efectuados por Ebersole (1985, citado por Berger, 1995d, p. 67) identificaram sete mitos particularmente resistentes aos idosos:

- "A maioria dos idosos é senil ou doente;
- Todos os idosos se assemelham;
- Os idosos não são produtivos;
- A maior parte dos idosos é infeliz;
- A maioria dos idosos está isolada;
- Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida;
- A maior parte dos idosos, está doente e necessita de ajuda".

Um estudo realizado na “Université de Montreal” por Champagne e Frennet (s/d, citado por Berger, 1995d, pp.67-68), permitiu identificar os estereótipos mais frequentes relativos aos idosos e são eles:

- “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 semelhantes;
- 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 rezam muito;
- São muito sensíveis e inseguros;
- Não se interessam pela sexualidade;
- São frágeis para fazer exercício físico;
- São, na grande maioria, pobres”.

A autora supra citada, considera que os mitos e estereótipos causam uma enorme perturbação nos idosos uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades.

Belsky (1996), citando vários estudos, salientou que os idosos são considerados menos competentes, menos inteligentes, mais frágeis, dependentes, pouco atractivos e débeis. Contudo, segundo a autora, muitos idosos com idade superior a 80 anos não aceitam a etiqueta de “velho”.

Segundo Mercadante (1999), a identidade do idoso constrói-se por oposição à identidade do jovem, e como consequência em contraposição das suas qualidades: actividade, força, memória, beleza, potência e produtividade entre outras, sendo as qualidades opostas imputadas ao idoso.

Os idosos sabem que assim são classificados, e segundo a mesma autora, individualmente não aceitam esta classificação, não se incluindo no modelo, indicando que uma parte do longo caminho começou a ser trilhado, criando a possibilidade de ser o idoso, concretamente, tornar-se sujeito do seu próprio destino.

Belsky, em 2001, apresentou quatro estereótipos acerca da velhice, abarcando várias dimensões do ser humano:

- 1- Físico – A maioria das pessoas maiores de 65 anos padecem de afecções físicas;
- 2- Cognitivos – Os maiores de 65 anos são incapazes de pensar com clareza;
- 3- Emocional – As pessoas maiores de 65 anos não são felizes, têm medo e deprimem-se;

- 4- Sociais – Os maiores de 65 anos estão sós e isolados, desconectados da família e dos amigos.

Roach (2003, p. 8), entende que o preconceito afecta as atitudes dos profissionais de saúde e afecta os cuidados aos idosos, tratando-o como uma pessoa incapaz de se cuidar e de tomar decisões. A autora apresentou uma lista de mitos concernentes aos idosos, que não se adaptam à realidade e impedem que os cuidados prestados sejam eficazes:

- “Muitos idosos são confusos e desinteressados em relação ao mundo à sua volta;
- Muitos idosos não são saudáveis;
- Muitos idosos são solitários e infelizes;
- Muitos idosos não têm interesse em sexo;
- Muitos idosos vivem em instituições;
- Os velhos são um segmento inútil na nossa sociedade”.

Magalhães (2003), concluiu no seu estudo, existir um maior predomínio de visão negativa acerca da velhice, socialmente partilhada pelos enfermeiros. Neste trabalho de investigação, o autor constatou relativamente aos conteúdos representacionais atribuídos à velhice pelos enfermeiros da sua amostra, que em dez categorias com maior predomínio, foram sete os temas de orientação global negativa atribuídos ao objecto de representação (a solidão, a doença, a dependência, a limitação física, a morte, a limitação psíquica e o abandono), dois de orientação global positiva (a experiência e a sabedoria) e um cuja orientação global atribuída ao objecto de representação poderá assumir qualquer uma das duas (negativa/positiva). De salientar que, tendo em consideração a ordem decrescente de maior frequência de enumeração, os dois temas de orientação global positiva surgem somente em 8.º e 9.º lugar.

Oliveira (2005, p. 23), salienta que uma das representações associadas aos idosos é que eles gastam e não produzem, contudo ele é de opinião que se assim é, é porque não se lhe dá oportunidade para realizar tarefas onde poderiam ser muito úteis, tais como: animar crianças nos jardins infantis, tomar conta delas em casa, animar outros idosos mais velhos em lares, visitar doentes, entre outras mais ou menos voluntárias ou remuneradas.

Eliopoulos (2005, p. 31), refere-se a mitos relacionados com os idosos, que actualmente ainda continuam a ser difundidos e que são injustos não apenas para os indivíduos desta faixa etária, mas também para os de todas as idades que precisam de informações correctas para se prepararem realisticamente para o próprio envelhecimento, e são eles:

- “As famílias esquecem-se dos seus parentes mais velhos;
- A maioria das pessoas torna-se senil com o envelhecimento;
- A previdência social provê uma boa aposentadoria;
- Grande parte dos idosos reside em lares de terceira idade;
- Os planos de saúde cobrem todos os custos de atendimento de saúde ao idoso”.

Segundo Motta (2006), a velhice é muito mais associada à decadência, do que às propaladas sabedoria e experiência, e numa sociedade que privilegia a juventude e circunscreve-se à beleza jovem, o corpo velho remete à antevisão da senilidade, perdas e proximidade da morte.

Magalhães (2008) procedeu à análise de estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no Distrito de Bragança, tendo concluído que uma elevada percentagem da amostra concorda com a totalidade dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa, salientando uma tendência actual para uma imagem mais positiva acerca da velhice.

O mesmo autor, referindo-se a vários autores, agrupou mitos e estereótipos de acordo com a visão negativa e positiva na sociedade contemporânea, predominando contudo as descrições inerentes à visão negativa, tendo elaborado um quadro de provérbios levantados em pesquisas prévias, acerca do cariz negativo da velhice, tal como é demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. *Provérbios de Cariz Negativo Acerca da Velhice*

PROVÉRBIOS	CATEGORIA	PUBLICAÇÃO
<i>“Quem envelhece arrefece”</i>	Perda de capacidades	In Pereira (2001)
<i>“Velhice: muita tosse, pinguelo no nariz e não sabe o que diz”</i>	Declínio físico e psíquico	In Parente (2005)
<i>“Velho não se senta sem um «ui», nem se levanta sem um «ai» ”</i>	Doença	In Machado (2005)
<i>“Velhice é doença”</i>	Doença	In Parente (2005)
<i>“Quem de novo não melhora, depois de velho piora”</i>	Doença	In Ribeiro (2003)
<i>“Velhice não tem cura”</i>	Doença Incurável	In Parente (2005)
<i>“Na juventude somos adultos e na velhice crianças”</i>	Regresso á infância	In Pereira (2001)
<i>“De velhinho se torna a menino”</i>	Regresso á infância	In Ribeiro (2003)
<i>“Velhice, segunda meninice”</i>	Regresso á infância	In Machado (2005)
<i>“Velhice é um mal desejado”</i>	Mal	In Machado (2005)
<i>“A vida, quanto mais se estica, mais curta fica”</i>	Morte	In Pereira (2001)
<i>“Quem de novo não morre, de velho não escapa”</i>	Morte	In Ribeiro (2003)

Fonte: Magalhães (2008, p. 85)

A passagem do século XIX para o século XX, pautou-se por grandes progressos na ciência do envelhecimento.

Marín, Troyano e Vallejo (2001, citados por Magalhães Fernandes, Antão & Anes, 2010), com base numa consulta das várias investigações efectuadas ao longo das últimas décadas, acerca de como a sociedade percebia a velhice, constataram que:

- Da década 50 se salienta a percepção do envelhecimento como um processo onde predomina a decadência e a deterioração;

- No início dos anos 70 mantém-se a imagem negativa, as pessoas idosas são percebidas como indivíduos passivos e intolerantes;
- Na década 90, surgem investigações, como por exemplo as realizadas pelo Centro de Investigações da Realidade Social (CIREs) que apontam para uma mudança significativa dos adjectivos acerca das pessoas idosas;
- Depois da década 90 salienta-se uma maior visibilidade dos traços positivos do colectivo, percebidos como sábios, serenos e inteligentes. Contudo persistem, embora em minoria, alguns estereótipos de cariz negativo percebidos como torpes, enfermos e inúteis.

1.5. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial. Vários factores conjugados, entre os quais, o melhor controlo das doenças transmissíveis, a contenção das doenças crónicas e a melhoria na qualidade de vida, têm favorecido o aumento da expectativa devida das populações. Estes factos associados à redução das taxas de mortalidade e de fertilidade, têm propiciado um aumento quantitativo e proporcionado de idosos na sociedade (Filho & Netto, 1998).

Costa (1999) refere que o envelhecimento de uma população traduz-se pelo aumento relativo do número de pessoas idosas, em relação ao conjunto da população.

A tendência para o crescimento da população idosa é uma das manifestações mais evidentes da sociedade portuguesa actual., sendo comum `a generalidade dos países europeus, começando a ganhar um impacto social relevante: "...baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país..." (Paúl & Fonseca, 2005, p.15).

Segundo a Eurostat (2008), prevê-se que a população da União Europeia (UE) aumente gradualmente de 495.4 milhões em 2008 para um pico de 520.7 milhões em 2035, diminuindo depois gradualmente para 505.7 milhões em Janeiro de 2060. Ainda a mesma fonte revela que:

- As projecções previstas para o aumento do número de pessoas com mais de 65 anos na população total, no mesmo intervalo de tempo; é que passe dos 17.1% para 30.0%;
- Prevê-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais, aumente de 84.6 milhões em 2008 para 151.5 milhões em 2060. Igualmente se prevê que o número de pessoas com 80 ou mais anos de idade quase triplice, de 21.8 milhões em 2008 para 61.4 milhões em 2060;
- Em relação ao rácio da população da UE de idade jovem (0-14 anos) prevê-se um aumento moderado de 25.0%, enquanto o rácio da população de idade mais avançada (65 anos ou mais) se espera um aumento substancial em relação aos seus níveis actuais de 25.4% para 53.5% em 2060;

- Enquanto em 2008 havia quatro pessoas dentro do grupo etário de trabalho para cada cidadão da UE com idades de 65 anos ou mais, espera-se que em 2060 desça de dois para um.

A Eurostat é peremptória e prevê, para todos os países da UE, que a população com 80 anos ou mais, aumente em termos relativos e absolutos. A população continua envelhecida. A pirâmide da população de 2008 aparece com picos devido ao "baby boom" de alguns grupos nos anos 60.

Nas décadas seguintes, a diminuição dos nascimentos fará aumentar o número de idosos. Assim, esta pirâmide populacional da UE prevê que o pico do "baby boom" se moverá durante algum tempo na parte central (aqueles que estão em idade de trabalhar, entre os 15 e os 64 anos de idade) e a base da pirâmide (os jovens, dos 0 aos 14 anos) diminuirá em 2060, como se pode constatar na Figura 3.

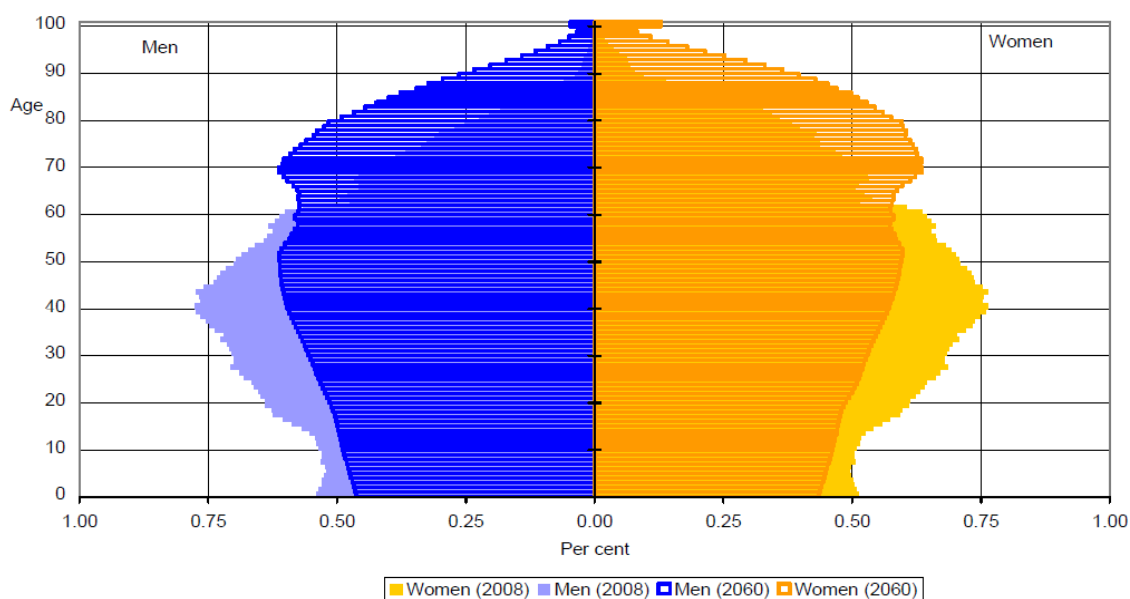


Figura 3. Projecções segundo a eurostat da pirâmide populacional para 2060

Fonte: Eurostat Statistic in Focus (2008)

Dos resultados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), segundo os censos de 2001, destacam-se dois factos importantes entre os dois momentos censitários: por um lado, a confirmação da tendência para o envelhecimento demográfico, e, por outro lado, o aumento do número de estrangeiros a viver em Portugal, que mais do que duplicou neste período.

O aumento da importância relativa dos idosos na população total é uma evidência que ocorreu em todas as regiões do país. Na última década, a proporção dos jovens (0-14 anos) diminuiu 4 pontos percentuais, passando de 20% em 1991 para 16% em 2001, ao contrário dos idosos (65 ou mais anos) que aumentou 2.8 pontos percentuais, passando de 13.6% para 16.4%.

Em Portugal segundo o INE (2009), a sociedade actual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico devido ao aumento do nível de esperança média de vida e do decréscimo da natalidade.

CAPÍTULO II. A ENFERMAGEM

O 4.º artigo do Capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) conceptualiza Enfermagem como sendo a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções de enfermagem e resultados de enfermagem, que descrevem a prática de enfermagem, funcionando como instrumento de informação.

A CIPE, deve-se ao trabalho de um grupo de enfermeiras que o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) reuniu, peritos em várias áreas, que durante quase 10 anos, estudaram e investigaram a prática de enfermagem. Deve-se ainda à colaboração de consultores de enfermagem e de outros técnicos que participaram com os seus saberes e experiências e sobretudo da participação, interesse e empenho dos enfermeiros de diferentes países que analisaram e avaliaram a estrutura desta classificação, assim como a sua aceitação cultural.

Uma linguagem comum torna mais visível uma profissão junto da sociedade civil e é vital para o seu desenvolvimento, permitindo uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, facilitando a investigação e imprimindo uma nova dinâmica à formação. Este facto inserido numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência, e para que essa ciência seja aceite no seio da comunidade científica (CIPE/ICNP - Versão beta 2, 2002).

A CIPE veio colmatar esta lacuna e ajudou os enfermeiros a compreenderem melhor o valor dos registos de enfermagem, assim como seleccionar criteriosamente o que e como registar. A dinâmica que foi criada à volta da CIPE proporcionou uma reflexão sobre o cuidar, ajudou a compreender e aprofundar os cuidados de enfermagem e permitiu desenvolver a prestação de cuidados de qualidade.

A primeira versão da CIPE, a Versão Alfa, foi divulgada em 1996, tendo vindo a ser alterada, corrigida e aperfeiçoada, dando origem a um novo texto, a versão beta. Em Portugal esta versão foi traduzida e divulgada aos serviços de saúde pelo - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) enquanto membro do CIE, desde 1969.

2.1. Enfermagem em Portugal

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem em Portugal conheceu uma grande evolução, quer quanto à formação pré-graduada, quer no que respeita ao aumento da complexidade e ao reconhecimento desta actividade profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Nunes (2003) refere-se ao primeiro curso de Enfermagem, datando de 1881, nos Hospitais da Universidade de Coimbra. A mesma autora salienta também que na década de 30 do séc. XX, e apesar da instituição do Estado Novo, deu-se início ao movimento sindical com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul e, posteriormente, com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Norte.

Uma das primeiras reivindicações sindicais incidiu sobre os riscos corridos pelos enfermeiros devido à falta de protecção da sua integridade física.

Os anos 40 trouxeram a criação de alguns cursos de aperfeiçoamento em determinadas áreas da Enfermagem como actividades de formação contínua – Psiquiatria, Puericultura e Saúde Pública.

O Decreto-Lei n.º 31: 913 de 12 de Março de 1942, estabeleceu que a Enfermagem só podia ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos. Proibiu-se o exercício público da profissão a quem não tivesse um diploma.

Em 1950 realizou-se a I Reunião Nacional dos Profissionais de Enfermagem. O ensino foi alvo de nova reestruturação, com a aprovação do Regulamento das Escolas e Enfermagem, entre outros documentos.

O Curso Geral de Enfermagem passou a ter a duração de três anos e as escolas de Enfermagem passaram a ter autonomia técnica e administrativa.

Nos anos 60 terminou a proibição do casamento das enfermeiras e o Decreto-Lei 46: 448 de 20 de Julho de 1965 instaurou uma nova reestruturação do Ensino de Enfermagem.

Por sua vez, o Decreto-Lei 48: 166 de 27 de Dezembro de 1967, definiu a estruturação das carreiras em Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e a do Ensino. As remunerações e a carga horária semanal eram diferentes nas três carreiras.

Em 1968 surgiu a APE. Em 1973 realizou-se o I Congresso Nacional de Enfermagem, uma iniciativa que defendeu a integração do ensino da Enfermagem no sistema educativo nacional e no Ensino Superior, bem como a defesa do estatuto profissional. Debateu-se, pela primeira vez, a possibilidade de existir uma Ordem dos Enfermeiros.

Em 1974, ano da Revolução de Abril, existiam em Portugal cerca de 3 mil enfermeiros e 15 mil Auxiliares de Enfermagem, curso que na época exigia menos tempo de formação.

Em 1981 foi publicado o Decreto-Lei n.º 305/81, diploma da Carreira de Enfermagem que instituiu uma carreira única para todos os enfermeiros e definiu cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista.

Quatro anos mais tarde, o Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de Maio veio melhorar os diplomas anteriores relativos à Carreira de Enfermagem, conduzindo à assunção dos enfermeiros aos corpos especiais da Função Pública.

Em 1988, o Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro integrou o Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no subsistema Politécnico. Esta alteração transformaram o actual Curso Geral de Enfermagem em Bacharelato.

A década de 90 do séc. XX trouxe grandes conquistas aos enfermeiros portugueses: o regime de trabalho passou a ser de 35 horas semanais, tendo como opção o regime de horário acrescido.

Por sua vez, o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro criou uma nova Carreira de Enfermagem, definindo três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria.

Os primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem iniciaram-se em 1992 e presentemente existem três programas regulares de doutoramento.

Tentando responder a uma lacuna legislativa - visto que o exercício profissional da Enfermagem não dispunha ainda de um instrumento jurídico contendo a sua adequada regulamentação - o Governo do Eng.º António Guterres aprovou, em 1996, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

O Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como os aspectos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros.

Em 1998, o momento ambicionado por várias gerações de enfermeiros tornou-se uma realidade. A 21 de Abril foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 104/98, diploma que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE). Surgiu, assim, a associação profissional de direito público que, em Portugal, é responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas éticas e deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem. O mesmo diploma contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, documento que integra o Código Deontológico do Enfermeiro. Este novo enquadramento da profissão permitiu, que em 1999 a formação pré-graduada em Enfermagem passasse 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.

Segundo a OE, actualmente o Curso de Licenciatura em Enfermagem é ministrado em Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, públicas ou privadas, num total de 42 estabelecimentos, sendo que, desenvolvimento científico e técnico das Ciências de Enfermagem é da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros.

Pelo Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro, foi definido o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica.

O Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, revoga o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, com excepção do disposto nos artigos 24.º e do 43.º a 57.º, os quais se mantêm em vigor, com as necessárias adaptações e define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional, aplicando-se aos enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas.

A Carreira Especial de Enfermagem passa a ser estruturada apenas nas categorias de enfermeiro e enfermeiro principal, através do Decreto-Lei n.º 122/2010 de 11 de Novembro, que estabelece o número de posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem, identifica os respectivos níveis da tabela remuneratória única, define as regras de transição para a nova carreira e identifica as categorias que se mantêm como subsistentes. Estabelece, também, os rácios dos enfermeiros principais na organização dos serviços, fixando regras para a determinação do número de postos de trabalho a prever nos respectivos mapas de pessoal. Estabelece, ainda, a remuneração para as funções de direcção e chefia, exercidas em comissão de serviço.

2.2. Formação em Gerontologia

O envelhecimento populacional, tem levado a modificações profundas no exercício de Enfermagem em todos os países industrializados (Berger, 1995).

Roach (2003) salienta que, embora a evolução dos cuidados em Gerontologia se tenha vindo a fazer de forma gradual, o envelhecimento da população veio a accelera este processo, existindo mudanças de atitude relativamente aos cuidados aos idosos.

O desenvolvimento de uma concepção precisa dos cuidados a prestar aos idosos, passa pela compreensão clara dos termos Gerontologia e Geriatria.

A Gerontologia, do grego geros, gerontos (velho), designa o estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos (Breger, 1995).

A mesma autora refere que a Gerontologia engloba quatro aspectos:

- Envelhecimento físico: perda progressiva da capacidade do corpo em se renovar;
- Envelhecimento Psicológico: transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afectiva do indivíduo;
- Envelhecimento Comportamental: modificações pré-citadas enquadradas num determinado meio e respectivas adaptações pessoais;
- Contexto Social do Envelhecimento: influencia que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro.

Roach (2003) corrobora esta definição, englobando ainda os problemas económicos dos idosos.

Netto (2006) define Gerontologia como uma disciplina científica multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida e os seus determinantes biopsicossociais.

Quanto à Geriatria designa no sentido estrito do termo, os cuidados a prestar aos idosos. No entanto, esta disciplina, de forma menos restritiva, pode ser definida como o ramo da Medicina que trata dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da saúde e doença nos idosos (Berger, 1995).

Roach (2003), salienta apenas que a Geriatria se concentra no diagnóstico e no tratamento de doenças comuns do envelhecimento, conferindo também uma conotação mais biomédica.

Netto (2006) acrescenta que a Geriatria tem sob o seu domínio os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde, e paralelamente tem uma relação estreita com outras disciplinas da área médica que deram origem a sub-especialidades, como a neurogeriatria, cardiogeriatria,

entre outras. Além disso mantém íntima conexão com disciplinas não pertencentes ao currículo médico, embora profundamente relacionadas com este, como a nutrição, enfermagem, fisioterapia, psicologia, assistência social, entre outras.

2.3. Desenvolvimento da Enfermagem Gerontológica

As enfermeiras, sempre interessadas no cuidado ao idoso, parecem ter assumido mais responsabilidade do que outras profissões por este segmento da população (Berger; 1995).

Relativamente à formação dos Enfermeiros em Geriatria em Portugal, Costa (1998) elaborou um estudo visando comparar os Currículos do Curso de Enfermagem, relativamente à formação para cuidar de pessoas idosas entre 1967-1987, tendo concluído que:

- Quanto aos temas teóricos abordados, no ano de 1967 há referência a «cuidados de enfermagem a doentes velhos», no ano de 1977 é abordada a Saúde na anciania e a Psicologia da velhice e em 1987 abordam-se aspectos de Enfermagem Geriátrica;
- Até 1987 não há referência a estágios em serviços de idosos;
- Apenas a partir de 1987 se inicia o investimento curricular na investigação relacionada com idosos.

Langland e Farrah (1991, citados por Costa, 1998), salientam que a formação em cuidados de Enfermagem à população idosa, não se resume à mera aquisição de conhecimento, pretendendo o desenvolvimento global do indivíduo, reforçando os conhecimentos sobre enfermagem gerontológica e geriátrica.

Segundo Costa (1999), a formação em enfermagem visando aprofundar os cuidados ao idoso numa vertente holística, tem vindo a dirigir esforços e a concentrar saberes na área de enfermagem geriátrica/gerontológica, conferindo capacidades e competências para: ensinar, supervisionar, investigar, prestar e gerir. Parte do pressuposto que o passar dos anos e o passar da vida não implica vir a ser doente. A mesma autora defende que, os cuidados de Enfermagem, nomeadamente no desenvolvimento das áreas de formação especializada e/ou pós-graduada em Enfermagem desenvolvem capacidades para realizar as competências referidas e capacidades no sentido de poder intervir como consultor nos espaços de decisão social, política e a todos os níveis do sistema de cuidados, bem como liderar equipas de apoio, com vista à melhor utilização de recursos numa perspectiva económica e ao atendimento eficaz dos idosos.

Assiste-se nos últimos anos, a uma consolidação da Enfermagem Gerontológica como disciplina científica no âmbito das universidades, a uma evolução da orientação dos ensinamentos de Enfermagem em Gerontologia e à conquista de uma identidade, espaço profissional e reconhecimento jurídico como Enfermeiros dos idosos (Agreda, 1999).

Eliopoulos (2005), salienta que as enfermeiras geriátricas eram consideradas inferiores na sua capacidade, não suficientemente boas para o ambiente de cuidado imediato, nem prontas para a reforma. Por outro lado as instalações não eram as melhores, assim como a remuneração e atenção insidia mais nos doentes que na população saudável. Embora as enfermeiras estivessem entre os poucos profissionais envolvidos com os idosos, a Gerontologia esteve ausente da maioria dos currículos de Enfermagem até recentemente.

A mesma autora refere que, ainda hoje o papel daqueles que prestam cuidados em Gerontologia não está valorizado e parece de segunda categoria, sendo que, esta má percepção advém de um desconhecimento desta especialidade.

A frustração sobre a falta de valor atribuído à enfermeira geriátrica, levou ao encetar de acções no sentido de contrariar esta situação, e que se tornaram marcos históricos no desenvolvimento da Enfermagem Gerontológica e que se apresentam na Tabela 5.

Tabela 5. *Marcos no Desenvolvimento da Enfermagem Gerontológica*

1902	Primeiro artigo sobre o cuidado ao idoso no American Journal of Nursing escrito por um Médico
1904	Primeiro artigo sobre o cuidado ao idoso no American Journal of Nursing escrito por uma enfermeira
1950	Primeiro texto de enfermagem gerontológica publicado (Geriatric Nursing, K. Newton) Primeira tese de mestrado em cuidados ao idoso (Eleanor Pingrey)
1952	Primeiro estudo de Enfermagem sobre o cuidado ao idoso publicado na Nursing Research
1961	American Nurses Association (ANA) recomenda a formação de um grupo especializado em enfermagem geriátrica
1962	Primeiro encontro nacional da ANA sobre a Prática de Enfermagem Geriátrica
1966	Formação da Divisão de Enfermagem Geriatria da ANA Primeiro programa de enfermagem especializado em enfermagem clínica gerontológica (Duke University)
1968	Primeira enfermeira a apresentar no Congresso Internacional de Gerontologia (Laurie Gunter)
1969	Desenvolvimento de padrões para a prática de enfermagem Gerontológica
1970	Primeira publicação de Padrões de Prática de Enfermagem Gerontológica
1975	Certificação de 74 enfermeiras em enfermagem Gerontológica Primeira publicação especializada para enfermeiras Gerontológicas (Journal of Gerontological Nursing) Primeira Conferência de Enfermagem no International Congress of Gerontology
1976	Troca do nome da Geriatric Nursing Division, para Gerontological Nursing Division Publicação dos Padrões de Enfermagem Gerontológica
1981	Primeira International Conference on Gerontological Nursing
1983	Primeira cadeira universitária em enfermagem gerontológica nos Estados Unidos (Case Western Reserve)
1984	Formada a National Gerontological Nursing Division (NGNA)

Fonte: Eliopoulos (2005, p. 22)

Agreda (1999) salienta que a Enfermagem Gerontológica apresenta-se actualmente como um serviço à Comunidade, especializando-se nos cuidados às pessoas que envelhecem independentemente da idade ou saúde, visando conseguir que a passagem do adulto à velhice, assim como a sua vida nos últimos anos, seja nas melhores condições de saúde e autonomia e dignidade.

O mesmo autor destaca ainda os destinatários dos cuidados da Enfermagem Gerontológica:

- As pessoas idosas sãs, no sentido de prevenir as consequências negativas do envelhecimento;
- As pessoas idosas frágeis, dirigidos essencialmente na detecção e prevenção de complicações, conservando o máximo nível de independência;
- Os doentes geriátricos, visando recuperar o máximo de capacidades, compensar os défices, prevenir e retardar as complicações, melhorar a qualidade de vida e se for o caso, assegurar uma morte digna.

2.4. Objectivos dos Cuidados em Gerontologia

Gunter e Estes (s/d, citados por Berger, 1995a, p. 5), preconizam que o estudo científico dos cuidados gerontológicos, utilizem todos os conhecimentos acerca do envelhecimento, no sentido de determinar os cuidados e os serviços que visem a saúde, a longevidade e a autonomia do idoso. Neste sentido, a mesma autora, enuncia três objectivos que suportam os cuidados em gerontologia:

1. Ajudar o cliente a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspectos normais e patológicos;
2. Ajudar o cliente idoso a controlar o processo envelhecimento através de intervenções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e a qualidade de vida;
3. Ajudar o cliente idoso a solucionar os problemas patológicos que por vezes acompanham o envelhecimento.

A mesma autora entende que para melhor se abranger a extensão dos cuidados gerontológicos é imprescindível atender a algumas bases tóricas, tais como:

- Filosofia do Envelhecimento: Os cuidados de enfermagem em gerontologia baseiam-se numa filosofia humanista, considerando os idosos como pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. A abordagem filosófica deve ser global, dinâmica e inserida numa visão humanista, cabendo ao enfermeiro o papel de agente de mudança;

- Filosofia de Enfermagem: O enfermeiro que trabalha em gerontologia deve ser muito humano e dar provas da autenticidade na sua relação com o idoso. Paralelamente com os cuidados prestados, deve assegurar os direitos do idoso, informa-lo correctamente e implica-lo nas decisões e intervenções apropriadas, endossando-lhe por vezes, a responsabilidade total do seu bem-estar;

- Contexto sócio-histórico da Enfermagem: O trabalho em enfermagem orienta-se cada vez mais para os cuidados globais, o que implica a utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da empatia que existe entre o idoso, a sua família e o seu meio. Os termos humanização, qualidade de vida, responsabilização pela saúde e personalização dos cuidados, fazem parte do vocabulário actual dos enfermeiros;

- Bases científicas da Enfermagem: Os cuidados de enfermagem em gerontologia baseiam-se em conhecimentos biológicos, físicos, sociológicos e psicológicos e apelam a noções de história, política e economia. O número e a complexidade de factores essenciais a ter em conta para prestar cuidados adaptados ao idoso, obrigam o enfermeiro gerontológico a ter uma formação muito vasta. A extensão do campo de conhecimentos é quase infinita e a enfermagem em gerontologia tornou-se, com o decorrer dos anos uma especialidade.

É consensual nos vários autores que escrevem sobre enfermagem gerontológica, que nem todos os enfermeiros têm as aptidões necessárias, nem se encontram motivados para trabalhar com idosos, pois vai confrontar-se continuamente com o envelhecimento, com a depressão, com a morte, com a ausência de cura, com a frustração e a culpabilidade das famílias.

Berger (1995b) refere que as competências em enfermagem gerontologia, só se adquirem através da formação, da experiência, da procura pessoal e de um desejo de criar, de se realizar e de aceitar desafios.

A autora anteriormente citada, salienta que a formação do pessoal que trabalha neste domínio deve ser facilitada e basear-se não só em conhecimentos gerais e técnicas, mas também no desenvolvimento de aptidões ou de qualidades específicas, tais como: maturidade e capacidade de adaptação, empatia e sensibilidade, amor pelos outros, objectividade e espírito crítico, flexibilidade e polivalência, criatividade, paciência, perseverança, dinamismo, disponibilidade, humanismo, receptiva e compreensiva.

O cuidado da pessoa idosa é uma área especializada da enfermagem, e certas qualidades são importantes no enfermeiro. Cuidar é o centro de todo o cuidado de enfermagem, particularmente na enfermagem gerontológica cujo cerne é o idoso que não gosta de ser ignorado, apressado ou tratado com desrespeito (Berger, 1995c).

Vários autores são unânimes ao afirmarem que o enfermeiro que compreende o envelhecimento como um processo normal, está melhor preparado para prestar cuidados de enfermagem, que aquele que o vê como uma doença que deve ser tolerada.

A Tabela 6 salienta os atributos, identificados por Roach (2003), como sendo de extrema importância, no enfermeiro que cuida de um pessoa idosa.

Tabela 6. *Atributos de Importância da Enfermeira Geriatria*

-
- Capacidade de estabelecer uma relação terapêutica com os idosos
 - Apreciação do idoso como pessoa única
 - Competência clínica em práticas de enfermagem básica
 - Boa habilidade comunicacional
 - Conhecimento das alterações físicas e psicossociais que ocorrem com o envelhecimento
 - Capacidade para trabalhar com e sob supervisão de outros
-

Fonte: Roach (2003, p. 11)

A mesma autora é da opinião que estes enfermeiros vêem o idoso sob uma perspectiva holística: fisicamente, mentalmente, emocionalmente e socialmente, salientando que o enfermeiro que tem o privilégio de trabalhar com idosos, usufrui de uma oportunidade única de praticar a arte de cuidar.

Roach (2003), conforme se apresenta na Tabela 7, identifica as formas pelas quais o cuidado holístico pode ser implementado.

Tabela 7. *Prestação de Cuidados Holísticos*

COMPONENTE HOLÍSTICO	INTERVENÇÕES
MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar actividades estimulantes • Estimular a participação em classes de educação continuada da comunidade • Dar oportunidade de aprendes novas habilidades • Permitir e respeitar as tomadas de decisão a respeito das situações de vida
FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Atender às necessidades fisiológicas básicas • Manter limpo e confortável • Estimular a realização de exercícios que se adaptam á sua condição de saúde e capacidade física
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na construção de relacionamentos saudáveis • Ajudar na resolução de conflitos de relacionamento • Estimular a formação de novos relacionamentos • Estimulas a participação em actividades sociais
EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação em terapias de reminiscência e reflexão sobre a vida • Estimular a expressão de sentimentos (positivos e negativos)

Fonte: Roach (2003, p. 13)

Eliopoulos (2005), defende que o atendimento gerontológico holístico preocupa-se em:

- Facilitar o crescimento dirigido à inteireza;
- Promover a recuperação de uma doença;
- Maximizar a qualidade de vida quando a pessoa é portadora de uma doença ou de uma deficiência incurável;
- Proporcionar paz, conforto e dignidade à medida que a morte se aproxima.

Esta autora, salienta que o enfermeiro gerontólogo, nas suas actividades com o idoso, desempenha uma serie de papeis, a maioria dos quais sob as categorias de curador, cuidador, educador, defensor e inovador.

Apresenta ainda os princípios da prática de enfermagem gerontológica, como se demonstra na Tabela 8.

Tabela 8. *Princípios da Prática de Enfermagem Gerontológica*

-
- O envelhecimento é um processo natural comum a todos os organismos vivos.
 - Vários factores influenciam o processo de envelhecimento.
 - Dados e conhecimentos exclusivos são usados na aplicação do processo de enfermagem para a população idosa.
 - Os idosos compartilham exigências universais de vida similares às dos outros seres humanos.
 - A enfermagem gerontológica busca ajudar o idoso a atingir níveis ideais de saúde física, psicológica, social e espiritual, para que ele possa chegar à plenitude.
-

Fonte: Eliopoulos (2005, p. 26)

A mesma autora enfatiza o crescimento da enfermagem gerontológica, a nível global, tendo havido uma maior consciencialização sobre a complexidade desta especialidade.

Esta autora refere-se ao holismo como sendo a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de um individuo para formar um todo, que é maior que a soma das suas partes.

Devido à sua natureza a enfermagem é uma profissão de ajuda. No entanto, nem todas as intervenções do enfermeiro cumprem esse objectivo.

Roach (2003) sublinha que a arte de cuidar é a capacidade da enfermeira, em aplicar os princípios do cuidado de enfermagem, de forma delicada e significativa.

O atendimento gerontológico holístico engloba o conhecimento e as habilidades de uma série de disciplinas, que são apresentadas na Figura 4, para abordar a saúde numa vertente holística dos idosos.

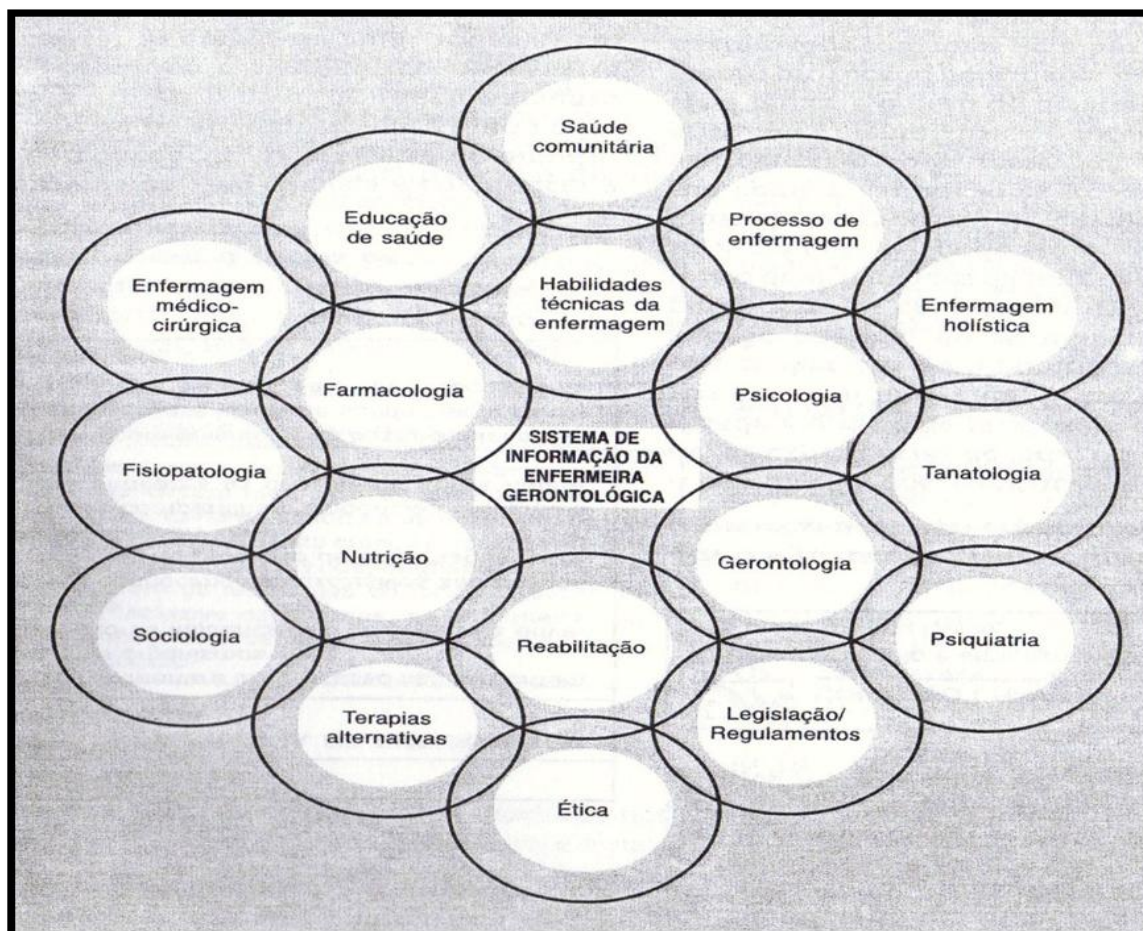


Figura 4. Sistema de informação do enfermeiro gerontológico

Fonte: Eliopoulos (2005, p. 28)

Netto (2006), defende a gerontologia como campo cujo fundamento o estudo do fenómeno do envelhecimento sob a óptica basicamente interdisciplinar, sendo esta peculiaridade que a torna, em todos os seus campos de acção (assistência à saúde, pesquisa e ensino), diferente de outras áreas do conhecimento científico.

Complementa ainda dizendo que estas características tornam a interdisciplinaridade obrigatória para o estudo de um fenómeno multifacetado nos seus aspectos e multifactorial na sua génese.

Neri (2006) refere-se à interdisciplinaridade, como sendo a maior riqueza da gerontologia e da geriatria, constituindo-se em elo de ligação entre disciplinas díspares e com campos de acção diversos, mas que tem como objectivo comum o estudo dos múltiplos aspectos do fenómeno do envelhecimento.

CAPÍTULO III. AS ATITUDES

O termo atitude, deriva da palavra latina “aptitudo” que significa a disposição natural para realizar determinadas tarefas (Neto, 1998, p. 333).

O mesmo autor salienta o facto de se poder distinguir as atitudes de crenças que são laços cognitivos entre um objecto e algum atributo ou característica e de valores que envolvem conceitos mais abstractos, tais como a liberdade e a felicidade.

O conceito de atitude tem ocupado um lugar de destaque na história da psicologia social. Essencialmente durante meio século foi o principal foco de atenção quer de sociólogos quer de psicólogos. Thomas e Znaniecki (1918, citados por Neto, 1998), definiram o campo da psicologia social como sendo “o estudo das atitudes”.

Gordan e Allport (1935, citados por Neto, 1998), referem-se à atitude como sendo “a pedra angular no edifício” do domínio em crescimento da psicologia social e que se medem atitudes com maior sucesso do que são definidas, deixando transparecer que o conceito de atitude é uma realidade psico-social ambígua e difícil de apreender.

Mcguire (1985, citados por Neto, 1998), assinala três períodos principais no estudo das atitudes, tendo em conta a sua focalização dominante:

- O primeiro período corresponde aos anos 30, focalizando-se na medida das atitudes,
- O segundo período ocorreu nos anos 50 e 60 em que se desenvolveram a maior parte das teorias sobre a mudança de atitudes,
- O terceiro período está em curso, e focaliza-se preponderantemente nos sistemas atitudinais, revestindo-se de grande interesse para os investigadores em ciências sociais e humanas.

3.1. Conceitos de Atitudes

Para Berger (1995, p. 68), uma atitude é uma disposição em relação a uma pessoa ou um grupo de pessoas, ou um conjunto de juízos de valor que conduz a um comportamento, que leva a agir.

Duque (1999), refere-se a atitudes como sendo disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objectos, pessoas e acontecimentos, ou em relação a algum dos seus atributos.

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003, p. 433) define atitude como “o comportamento ditado por disposição interior, maneira de agir em relação a pessoa, objecto ou situação.”

Reforça ainda que poderá estar relacionado com um estado de disponibilidade psicofísica marcado pela experiência e que exerce influencia orientadora e dinâmica sobre o comportamento.

3.2. Modelos de Atitudes

Os modelos de atitudes são uma espécie de planos de arquitecto que tornam a sua operacionalização mais fácil (Neto, 1998). A literatura propõe três modelos, como sendo os mais utilizados e que mais interesse tem despertado nos investigadores:

- Modelo Tripartido Clássico de Atitude:

Proposto por Rosenberg e Hoyland (1960, citado por Neto, 1998), e corroborado por Duque (1999) consideram que a atitude é uma disposição que resulta de três componentes:

- Cognitiva: Incluem um conjunto de ideias, juízos e/ou crenças sobre o objecto;
- Afectiva: Relaciona-se com o sentimento positivo ou negativo relativamente ao objecto. Deste modo encontra-se ligada ao sistema de valores, possuindo uma dimensão emocional;
- Comportamental: É o conjunto de reacções de um sujeito diante do objecto de atitude.

Apresenta-se a representação esquemática na Figura 5.

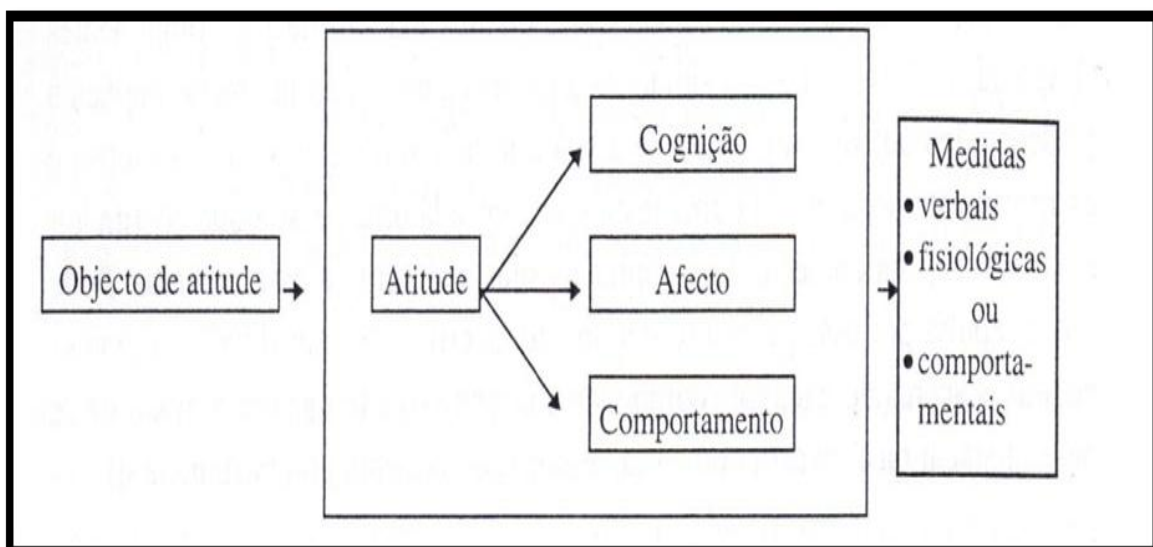


Figura 5. Modelo tripartido clássico de atitude

Fonte: Neto (1998, p. 338)

- Modelo Unidimensional de Atitude

Thurstone (1928), Osgood, Suci e Tannenbaum (1957), Fishbein e Azjen (1975), todos citados por Neto (1998), consideram a atitude com sendo unidimensional, representando apenas a resposta avaliativa (afecto), favorável ou desfavorável, em relação ao objecto de atitude.

A atitude constitui a resposta que situa o objecto numa posição do continuum de avaliação. Apresenta-se a representação esquemática na Figura 6.

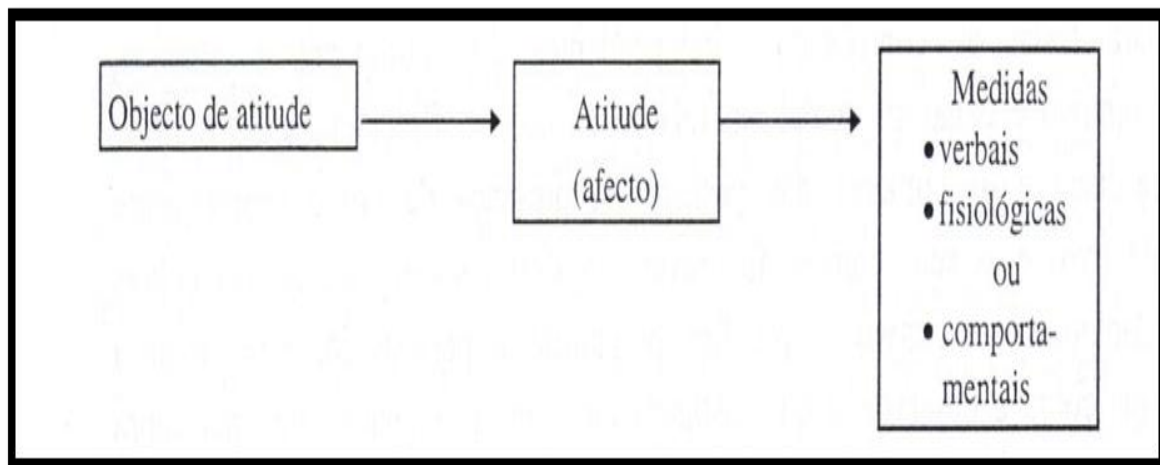


Figura 6. Modelo unidimensional de atitude

Fonte: Neto (1998, p. 338)

- Modelo Tripartido Revisto de Atitude

Zanna e Rempel (1988, citados por Neto 1998) delinearam este modelo, que integra todas as concepções das atitudes. Começam por definir a atitude como uma categorização de um objecto - estímulo ao longo de uma dimensão avaliativa.

Neste sentido, atitude é, um julgamento que exprime um grau de aversão ou atracção num eixo bipolar, em que a avaliação assenta em três espécies de avaliação: informação cognitiva, informação afectiva, ou informação baseada no comportamento passado.

Trata-se de um modelo que apresenta uma síntese de modelos precedentes, abrindo caminho para novas investigações.

Segundo Neto (1998), a definição de atitude como avaliação está a tornar-se cada vez mais usada em psicologia social, se bem que ainda não seja universal.

Apresenta-se a representação esquemática na Figura 7.

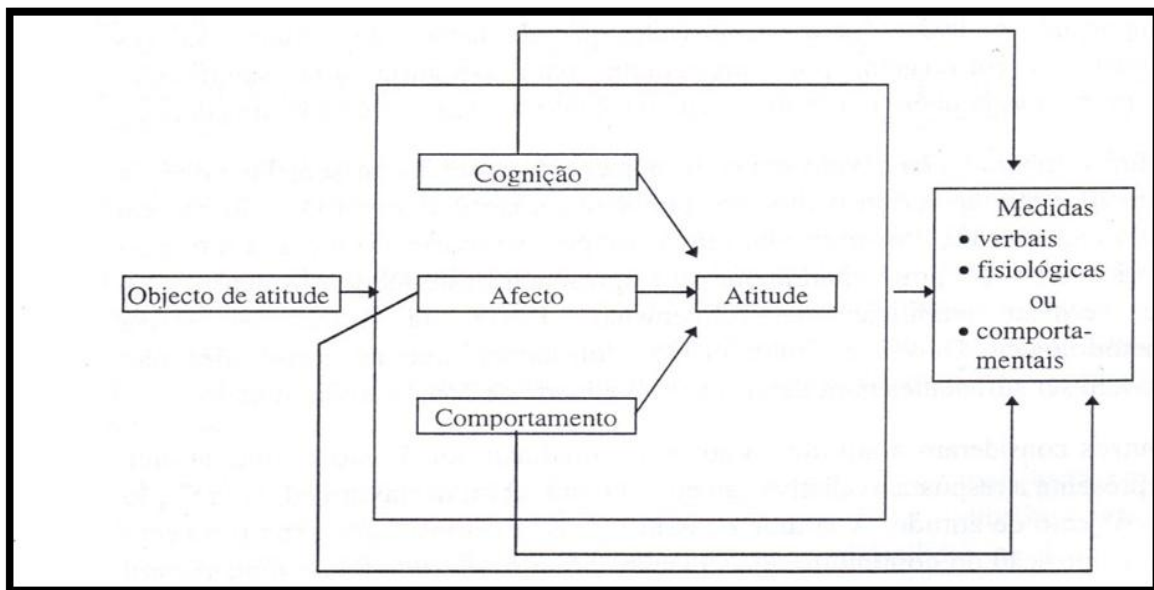


Figura 7. Modelo tripartido revisto de atitude

Fonte: Neto (1998, p. 338)

3.3. Características e Funções das Atitudes

A atitude enquanto realidade psicológica possui determinadas características oriundas das realidades físicas. Pode-se encarar como um continuum psíquico, ou seja, uma entidade que tem um começo e um termo de modo que se possa passar de um ao outro por variações de grau (Neto, 1998). Deste continuum ressaltam quatro características:

- A direcção designa o nível positivo ou negativo do objecto de atitude. Em relação a este objecto o sujeito pode sentir atracção ou repulsa;
- A Intensidade da atitude exprime-se pela força da atracção ou da repulsa em relação ao objecto;
- A dimensão da atitude permite-nos apreender se se trata de um objecto complexo e que não está bem definido. Assim, uma atitude pode ser unidimensional, se abarca um só domínio da actividade comportamental, e multidimensional se abrange vários domínios;
- A acessibilidade da atitude, ou seja, a solidez da associação entre o objecto de atitude e a sua avaliação afectiva.

O mesmo autor salienta outras características básicas das atitudes:

- As atitudes são inferidas do modo como os indivíduos se comportam;
- As atitudes são dirigidas em relação a um objecto psicológico ou categoria;
- As atitudes são apreendidas, isto é, provem da experiencia e por este motivo podem ser mudadas e/ou influenciadas por factores genéticos;
- As atitudes influenciam o comportamento. A atitude que se tem em relação a um objecto e/ou pessoa, pode fornecer-nos a razão para nos comportarmos em relação a esse objecto e/ou pessoa de determinado modo.

Neto (1998) salienta que as atitudes constituem elementos importantes da vida cognitiva das pessoas, guiando o modo como pensam, sentem e agem, funcionando como elementos fulcrais para manter os grupos. Este autor refere que uma das funções das atitudes, é contribuir para a auto-representação, considerando que se um conjunto de atitudes são um elemento fulcral de certos grupos sociais, as atitudes são também fulcrais nas representações que as pessoas têm de si próprias.

O mesmo autor, enumera os psicólogos sociais que forneceram respostas, com vista à compreensão mais aprofundada das atitudes, agrupando-os em duas épocas diferentes, uma nos anos 50 (Smith, Bruner & White, 1956; Katz, 1960) e outra que inicia nos anos 80 (Schlenker, 1982; Pratkanis & Greenwald, 1989).

Quanto a Katz (1960), menciona quatro funções psicológicas das atitudes, que estão intimamente associadas a diferentes perspectivas teóricas em psicologia, indicadas na Tabela 9.

Tabela 9. *Funções Psicológicas das Atitudes*

Tipos de Atitude	Função Suscitada pela Atitude	Perspectiva Psicológica
Conhecimento	- Ajuda a pessoa a estruturar o mundo em vista a dar-lhe sentido	Cognitiva
Instrumentalidade	- Ajuda a pessoa a obter recompensas e a ganhar aprovação dos outros	Behaviorista
Defesa do Eu	- Ajuda a pessoa a proteger-se, de reconhecer as verdades básicas sobre si	Psicanalítica
Expressão de Valores	- Ajuda a pessoa a expressar aspectos importantes do auto-conceito	Humanística

Fonte: Neto (1998, p. 345)

Quanto aos autores dos anos 80, estes defendem que as atitudes podem ter três funções:

- Ajudam a definir grupos sociais;
- Ajudam a estabelecer as nossas identidades, contribuindo para a auto representação;
- Ajudam o nosso pensamento e comportamento, constituindo também elementos importantes da vida cognitiva das pessoas.

3.4. Formação das Atitudes

As nossas atitudes resultam de diversas experiências vitais e únicas. Como tal, são influenciadas pelas pessoas significativas nas nossas vidas e pela forma que assimilamos a informação acerca desta aldeia global (Neto, 1998).

O mesmo autor, em corroboração com outros, salientou algumas das fontes de aprendizagem das atitudes, assim como os modos como ocorre a formação das atitudes:

- Fontes de aprendizagem: Aprendizagem social e por experiência directa: Por mais importância que os pais possam ter na formação das atitudes dos seus filhos, não se pode menosprezar a interacção com os companheiros, a escola na igreja ou outras organizações e os mass-média. Vários estudos demonstram que se aprendem novas respostas e portanto novas atitudes, observando e tentando imitar o comportamento de modelos, assim como com a experiência directa com o objecto de atitude;
- Condicionamento clássico: É o processo que forma atitudes pelo emparelhamento repetido de um conceito neutro com outro, com um colorido social seja ele positivo ou negativo, especialmente em relação a coisas sobre as quais não se tem conhecimento prévio;
- Condicionamento Operante: Ocorre quando uma atitude é reforçada em virtude da aprovação social que a pessoa recebe. Nestes casos o reforço de uma atitude, aumenta a expressão futura dessa atitude, dependendo contudo da fonte de aprovação ou desaprovação;
- Observação do próprio conhecimento: Muito embora estejamos habituados a encarar as atitudes como causas do comportamento, também acontece que os comportamentos podem levar à mudança de atitudes.

Segundo a Teoria da Autopercepção, defendida por Bem (1972, citado por Neto, 1988), as pessoas inferem muitas vezes o que são as suas atitudes, observando o seu próprio comportamento.

3.5. Atitudes e Comportamentos

Prever o comportamento a partir de atitudes não é tão simples como se poderia pensar. Muito do trabalho inicial neste domínio partia da ideia de que se se pudesse conceptualizar e medir as atitudes, poder-se-ia prever um determinado comportamento.

Contudo várias décadas de investigação empírica mostraram que a relação é contingente de vários factores sociais e pessoais.

3.5.1. Condições Metodológicas da Predição Atitude-Comportamento

Vários autores são unânimes, considerando que as atitudes estão ligadas aos comportamentos, mas o estabelecimento desta relação exige certas condições de foro metodológico (Neto, 1998). O mesmo autor, debruçou-se sobre os aspectos metodológicos das investigações, na tentativa de reavaliar a consistência da atitude e do comportamento:

- Problemas de medida das atitudes: Pressões para se dizer e fazer coisas socialmente desejáveis, pode tornar as medidas das atitudes e comportamentos, menos válidos do que se pretendia; Os instrumentos não serem suficientemente sensíveis e precisos para avaliarem as atitudes; O investigador medir a atitude do sujeito, e muito tempo depois, o seu comportamento, podendo a sua atitude ter mudado entretanto;
- Não relacionar atitudes gerais com um comportamento específico: Segundo o Princípio de Correspondência, de acordo com Ajzen e Fishbein (1977, citado por Neto, 1998), uma atitude particular pode prever um comportamento particular se a atitude e o comportamento forem especificados por meio de quatro marcadores: Acção; Alvo; Situação e Tempo;
- Atender ao facto de uma atitude geral assegurar a predição de uma categoria de comportamentos que formam o índice comportamental compósito. Tendo como base o Princípio da agregação dos comportamentos, os autores acima citados efectuaram estudos que demonstravam que as escalas de atitudes se correlacionavam altamente tomando como critérios actos múltiplos. Estudos posteriores confirmaram este princípio, tendo por base Weigel e Newman, (1976, citados por Neto, 1998), comprovando que, a maior parte das vezes, as atitudes predizem melhor comportamentos agrupados do que predizem comportamentos isolados;
- Atender ao facto de que existem objectos representativos de uma classe de objectos que desencadeiam mais facilmente uma reacção atitudinal que outros: Tendo por base o Princípio do comportamento protótipo, segundo Lod, Lepper e Mackie, (1984, citados por Neto, 1998), puderam clarificar a relação atitude-comportamento, indo de encontro ao facto acima citado.

3.5.2. Modelos Teóricos de Predição do Comportamento

A- ABORDAGEM DAS VARIÁVEIS MODERADORAS

A compreensão dos papéis concorrentes de diversas atitudes pode contribuir para a previsão do comportamento futuro (Neto, 1998). Neste sentido, os psicólogos sociais recuperaram a confiança de que as atitudes prevêm o comportamento, e os investigadores tem-se debruçado sobre condições em que atitude e comportamento serão mais ou menos consistentes.

O mesmo autor enumerou várias condições que aumentam a consistência atitude-comportamento, tendo citado autores de estudos anteriores que serviram de base para esta síntese conclusiva, tais como:

- Fazio (1978) que tem sugerido que a experiência directa contribui para aumentar a consistência atitude-comportamento da pessoa com o objecto da atitude, porque tais atitudes são mantidas com mais clareza, confiança e certeza.

- Sivacek e Crano (1982) que apresentaram um segundo factor que afecta a consistência atitude-comportamento, denominada de pertinência pessoal. Se uma pessoa tem um direito adquirido (os acontecimentos em questão terão um forte efeito na própria vida da pessoa) numa questão, aumenta a relação entre atitude e comportamento.

A relação entre atitudes e comportamento também depende do modo como se espera que nos comportemos em determinadas situações. Kiesler (1971) assinala que se espera que uma pessoa não expresse sentimentos negativos acerca das outras directamente, é difícil que os sujeitos admitam que têm atitudes negativas em relação a outros sujeitos nas experiências.

Diferenças individuais também podem ser importantes. Norman (1975) verificou que os sujeitos com alta “consciência afectivo-cognitiva” eram mais susceptíveis de agir de acordo com as suas atitudes que os sujeitos cujos sentimentos e crenças estavam em conflito.

Uma variável frequentemente estudada em psicologia é o locus de controlo. Saltzer (1981, citado por Neto, 1998), no campo da relação atitude-comportamento, mostrou claramente a importância desta variável para fazer boas previsões.

A auto-vigilância consiste na capacidade de auto-observação e de autocontrolo dos comportamentos verbais e não verbais em função de índices situacionais. Snyder (1979) concluiu que sujeitos com auto-vigilância elevada são pragmáticos, e os sujeitos com auto-vigilância baixa guiam o seu comportamento a partir dos seus valores, atitudes e convicções pessoais.

Scheier (1980), estudou a consistência da atitude-comportamento para a auto-consciência privada e pública, tendo como resultado final que somente os sujeitos com elevada auto-consciência privada se conheciam suficientemente para serem consistentes, e apenas os sujeitos com baixa auto-consciência pública, expressavam as suas verdadeiras atitudes sem serem perturbados pelo modo como os outros os viam.

B- TEORIA DA ACÇÃO REFLECTIDA E DO COMPORTAMENTO PLANIFICADO

Para dar conta das numerosas variáveis, para além da atitude, que podem influenciar o comportamento foram propostos modelos teóricos. O modelo mais influente da relação atitude-comportamento é o da Teoria da Acção Reflectida, desenvolvida por Fisbein e Ajzen (1975, citados por Neto, 1998), posteriormente denominado de Teoria do Comportamento Planificado, Ajzen (1985, citado por Neto, 1998).

Como podemos confirmar pela, Figura 8, o determinante mais imediato do comportamento é a intenção ou o desejo de agir. Por seu lado, a intenção é determinada pela atitude e pelas normas subjectivas. Para o Modelo do Comportamento Planificado o factor de controlo comportamental

percepção é acrescentado à atitude e à norma subjectiva. Pressupõem-se que este modelo tenha uma eficácia de predição superior em situações em que o comportamento só esteja tenuemente sob controlo voluntário.

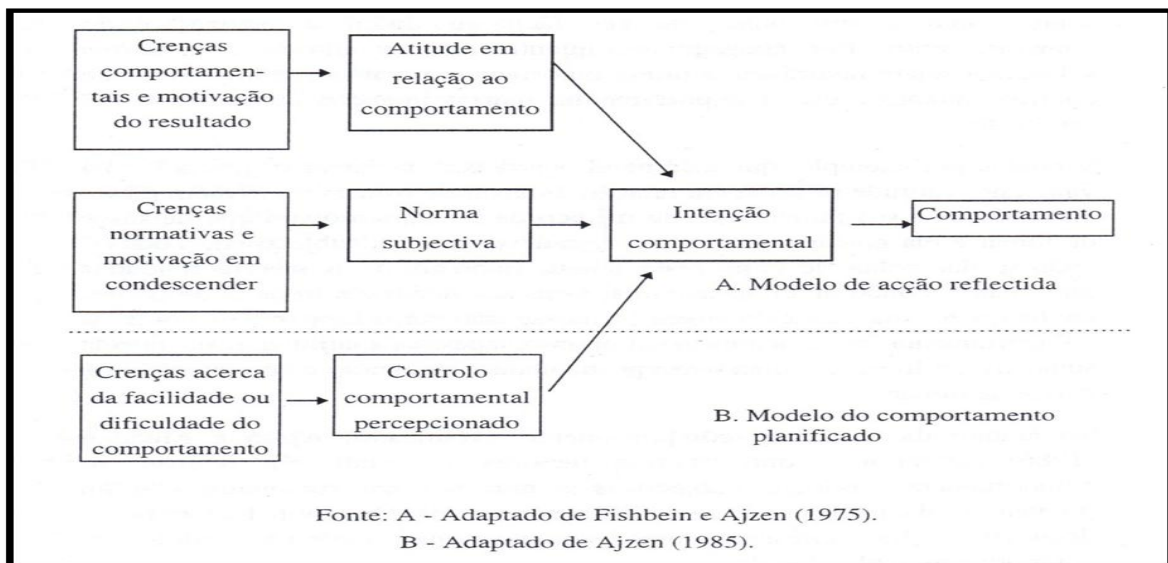


Figura 8. Componentes da teoria do comportamento planificado

Fonte: Neto (1998, p. 400)

3.6. Atitudes do Enfermeiro Face ao Idoso

Berger (1995d) refere que as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envelhecimento são o reflexo das sociedades em geral. Neste sentido apresenta alguns elementos retirados de um estudo de Terri Brower (1985), que parece ter confirmado este facto:

- 1- As enfermeiras mais experientes e as de nível de formação mais elevado têm atitudes mais positivas face ao idoso;
- 2- O período em que as enfermeiras são mais negativas face aos idosos, parece ser aquele que se situa entre dois e dez anos de serviço;
- 3- As enfermeiras que passam muito tempo com os idosos (85 a 90% do seu tempo) desenvolvem atitudes menos boas que aquelas que tem contactos menos frequentes (20 a 28% do seu tempo);
- 4- As enfermeiras que trabalham no domicílio ou em saúde comunitária, parecem ter atitudes mais positiva relativamente à velhice e aos idosos.

Contudo Berger (1995d) considera que as atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, tendo por base uma vertente cultural, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento.

A mesma autora menciona alguns elementos susceptíveis de influenciar as atitudes sociais relativamente aos idosos e à velhice, e são eles: perda da aparência física; proximidade da morte; aumento da dependência; comportamentos mais lentos; imagens positivas ou negativas veiculadas pela comunicação social.

Atendendo a que o enfermeiro também é influenciado, a autora enumerou sete atitudes nas enfermeiras, que estão directamente ligadas ao envelhecimento, e são elas:

- Visão realista do envelhecimento;
- Visão que nega os efeitos do envelhecimento;
- Ansiedade relativamente à velhice;
- Distância social relativamente aos idosos;
- Aumento do sentido das responsabilidades face aos idosos;
- Maior responsabilização social do que individual;
- Presença de estereótipos ou de preconceitos favoráveis.

A mesma autora considera que estas atitudes negativas ou positivas revelam comportamentos que muitas vezes falseiam ou melhoram as relações entre o enfermeiro e o idoso.

Entre as atitudes negativas encontra-se o automorfismo social, a não reciprocidade, a duplicidade e por vezes mesmo o despotismo.

Nas atitudes positivas destaca o respeito, a reciprocidade, a confiança, e a luta contra a gerontofobia (é o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice), o “agisme” (Todas as formas de discriminação com base na idade) e a infantilização (“bebeísmo”).

Berger (1995d), salienta ainda que a gerontofobia, o “agisme” a que outros autores chamam idadismo e a infantilização, impedem os profissionais de saúde de reconhecerem as capacidades reais dos idosos, o seu potencial, a sua força de recuperação, o valor do seu juízo crítico bem como a sua própria avaliação de vida.

O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, sendo ainda um assunto que muitos discutem com desconforto.

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante as pessoas com mais idade têm vindo a mudar e reflectem, por um lado, ao nível dos conhecimentos sobre a fisiologia e anatomias humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas (Costa, 1998).

Para Costa (1998) as atitudes e comportamentos dos enfermeiros face aos idosos são frequentemente influenciadas pelas crenças e valores pessoais, neste sentido a autora exemplifica, tal como se apresenta na Tabela 10, a relação entre crenças e atitudes.

Tabela 10. *Relação Crenças/Atitudes.*

Crenças, Valores	Atitudes, Comportamentos
INFLUÊNCIAS NEGATIVAS	
1. As pessoas idosas já não aprendem	1. Pensar que é inútil fazer educação para saúde
2. A inteligência diminui com a idade	2. Falar com os idosos com se fossem crianças
3. A imagem corporal nos idosos é pouco importante	3. Não valorizar os aspectos estéticos e de vestuário
4. Quase todos os acabam doentes e internados	4. Acentuar os cuidados curativos, não valorizando a prevenção e a autonomia
INFLUÊNCIAS POSITIVAS	
1. Os idosos tomam decisões pertinentes	1. Ajudar a escolher, dando informações completas
2. Os idosos têm direito à sua privacidade	2. Ajudar sempre que possível
3. Os idosos devem conservar a autonomia	3. Não os substituir, encorajando a sua participação

Fonte: Costa (1998)

Almeida (1999), a fim de analisar as atitudes dos enfermeiros do seu estudo exploratório, procedeu à análise das notas de trabalho de campo nas diferentes situações observadas da prestação de cuidados, tendo encontrado atitudes negativas que inseriu na categoria infantiliza (distribuídos por sub-categorias: expressões que utiliza, imposição dos cuidados e o uso da intimidação). Encontrou também atitudes positivas que inseriu nas categorias de respeita a privacidade, manifesta carinho, respeito pelas preferências e demonstra interesse.

Para Tremblay e Coutu-Wakulczyk (1996, citado por Almeida, 1999), a repercussão dos comportamentos face ao idoso podem aumentar a auto estima do idoso, ou pelo contrario reforçar o papel de dependência e de inutilidade que a sociedade em geral lhe confere. A adopção de atitudes negativas por parte dos enfermeiros, não faz mais que aumentar os problemas cognitivos do idoso. Por outro lado, as atitudes positivas, tais como o respeito, a reciprocidade e o interesse, retardam os processos de deterioração das funções cognitivas e ajudam o idoso a conservar a sua autonomia funcional.

Cardoso (2000), elaborou um estudo qualitativo com análise etnográfica, cujo objectivo foi conhecer os comportamentos que os enfermeiros adoptam quando cuidam do doente idoso e compreender que significados os enfermeiros atribuem a esses mesmos comportamentos. Na análise dos dados para os domínios culturais, constatou que os enfermeiros se preocupam com a vertente humana dos cuidados ao idoso, a que atribuem uma importância capital, lamentando não poder dedicar-lhe mais tempo.

Peral (2000, citado por Magalhães, 2008) elaborou uma investigação visando conhecer qual a atitude face às pessoas idosas, e verificar se a idade a influenciava. Para tal, apresentou um conjunto de adjectivos com o intuito de medir os estereótipos acerca das pessoas idosas numa amostra com idades desde os 18 anos até superior ou igual a 65 anos. Deste estudo o autor concluiu que o auto-estereótipo é mais favorável que o hetero-estereótipo, verificando-se maiores valores à medida que aumenta a idade. De referir que o autor constatou que todos os grupos possuem uma atitude positiva face às pessoas idosas.

Roach (2003), salienta que devido ao estereótipo social e o desejo de se evitar falar sobre o envelhecimento, há muitas ideias falsas e erros de concepção sobre o idoso. Assim sendo, atitudes negativas concernentes ao envelhecimento baseiam-se parcialmente em ideias falsas sobre como os idosos realmente são, e as enfermeiras têm a responsabilidade de ajudarem a desfazer as atitudes preconceituosas e erros de concepção sobre o mesmo.

A autora refere ainda que o preconceito ao idoso inclui atitudes e estereótipos contra as pessoas por causa da sua idade. As atitudes negativas incluem:

- Não dar valor a opiniões, contribuições ou ideias de idosos;
- Trata-los com desrespeito;
- Ignora-los ou subestima-los sempre que possível.

Palmore (1999, citado por Magalhães et al., 2010), considera o idadismo um preconceito ou uma forma de discriminação, contra ou a favor a um grupo etário. O mesmo autor refere que o preconceito é contra esse grupo quando se manifesta através de um estereótipo negativo ou através de uma atitude negativa para com o mesmo e a discriminação contra esse grupo manifesta-se através de um tratamento negativo para com os membros do mesmo.

Salienta ainda que os estereótipos são essencialmente cognitivos, enquanto as atitudes são essencialmente afectivas e que usualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos. Para este autor, existem essencialmente nove estereótipos que reflectem o preconceito negativo para com as pessoas idosas, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Os preconceitos usualmente resultam em discriminação, que ocorre essencialmente: no emprego, em agências governamentais, na família, habitação e ao nível dos cuidados de saúde.

Segundo o mesmo autor, tem sido dedicada menos atenção ao idadismo positivo dado que este não é prejudicial às pessoas idosas. São oito os principais estereótipos positivos a ele associado: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade.

Neri (2006) considera que as actuais representações de velhice com certeza conduzirão a novas atitudes em relação aos mais velhos, tanto nos relacionamentos familiares como sociais ou

profissionais. A figura do idoso dependente, isolado e obsoleto tende a ser substituída pela imagem de sujeito da própria vida, com o seu projecto de vida e parceiro nas acções a seu favor, em defesa dos seus direitos e da sua categoria.

Viegas (2006) realizou uma pesquisa através de um estudo descritivo e exploratório, no sentido de conhecer as atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. Responderam à versão portuguesa da Escala AKPI, 672 enfermeiros. Esta escala avalia a percepção dos sujeitos em sete áreas:

- 1 - Segregação através do espaço habitacional (onde e como os idosos devem viver);
- 2 - Sentimentos provocados pela convivência com idosos;
- 3 - Relações interpessoais entre gerações;
- 4 - Homogeneidade dos idosos enquanto grupo;
- 5 - Dependência;
- 6 - Capacidades cognitivas;
- 7 - Aparência pessoal e personalidade.

Os resultados obtidos nos pares de itens agrupados em cada uma das sete áreas que a escala AKPI contempla revelam que os enfermeiros manifestam, para as respectivas áreas:

- 1- Atitude favorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de realizar as suas actividades de vida, viverem juntamente nos mesmos prédios com pessoas de outras idades;
- 2- Atitude favorável perante a presença de pessoas idosas, e atitude ambivalente quanto à relação estabelecida por ela;
- 3- Atitude favorável, face à escuta das histórias do passado do idoso; contudo têm uma atitude desfavorável relativamente ao facto de o idoso dar a sua opinião de forma espontânea;
- 4- Atitude favorável, considerando que os idosos são uma população relativamente heterogénia, tal como os outros grupos etários;
- 5- Atitude desfavorável ao considerarem os idosos dependentes a nível emocional e afectivo;
- 6- Atitude desfavorável ao considerarem a existência de flexibilidade nas capacidades cognitivas e adaptativas do idoso;
- 7- Atitude desfavorável quanto à aparência física do idoso, mas favorável quanto à personalidade do mesmo.

Pela caracterização dos enfermeiros que apresentam atitudes mais positivas, constatou que estes são mais velhos, possuem mais habilitações académicas, são professores de enfermagem e enfermeiros especialistas, tem mais anos na profissão e na categoria. Por outro lado, os enfermeiros que apresentam atitudes mais negativas são mais novos, possuem menos habilitações literárias, são enfermeiros graduados, exercem funções na prestação directa de cuidados, trabalham no hospital, têm menos tempo na profissão e na categoria.

Passaremos então a apresentar o enquadramento metodológico deste estudo.

II PARTE. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV. ANÁLISE DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE AO IDOSO: O CASO DO DISTRITO DE BRAGANÇA

A metodologia não é mais que um caminho para se chegar a um determinado fim (Gil, 1999).

O objectivo da actividade científica é compreender, explicar e prever, arquitectando teorias e operacionalizando modelos, salientando-se ainda que a verdadeira essência de ser investigador se concentra na vontade de conhecer e, se possível, intervir para melhorar (Alarcão, 2001).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a metodologia é a fase do processo de investigação dedicada à selecção de um método apropriado para a recolha de dados, assumindo-se a mesma como uma etapa crucial para a descrição da forma como a investigação irá decorrer.

Ao longo do presente capítulo iremos contextualizar o problema, apresentar os objectivos e metodologia e por fim será feita a apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo empírico.

4.1. Contextualização e Objectivos do Estudo

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes das sociedades contemporâneas, nomeadamente nos países desenvolvidos derivado do aumento do número de pessoas idosas e ao decréscimo do número de indivíduos jovens.

Envelhecer é um fenómeno inevitável do ponto de vista temporal mas variável individualmente. Resulta da interacção de aspectos biológicos, sociais e psicológicos, que quando em equilíbrio instável resulta no bem-estar pessoal. O envelhecimento da população torna-se um problema de saúde, havendo uma correlação positiva entre a idade e a doença, no sentido de que com o aumento dos anos, tende a aumentar o número de doenças (Simões, 2005).

O mesmo autor refere que os gastos com os idosos actualmente mais saudáveis, mais longevos e mais instruídos, representam uma parte substancial da despesa com a saúde. É consensual que

os idosos são um grupo socialmente vulnerável e grande consumidor de cuidados de saúde (Costa, 2002; Viegas, 2006).

Os resultados preliminares dos Censos 2011, indicam que na última década se acentuou a tendência para a desertificação dos municípios do interior, com o Alto Trás-os-Montes a perder aproximadamente 8% da população residente segundo a Variação da População Residente por NUTS III 2001-2011. A mesma fonte revela que existem concelhos do distrito de Bragança com reduções populacionais na ordem dos 20%, devido ao êxodo rural, aumentando desta forma o índice de envelhecimento nestas regiões.

No que respeita aos cuidados de saúde, nomeadamente ao acesso, foram várias as alterações registadas na última década. Segundo o INE (2011), Portugal dispunha em 2002 na região Norte, 21 Centros de Saúde com Internamento e 103 sem internamento. No mesmo ano, todos os concelhos do distrito de Bragança tinham Centro de Saúde com internamento á excepção de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela porque tinham Unidades Hospitalares. Ao longo dos anos foram fechando os internamentos nos Centros de Saúde e desde 2008 deixaram de existir, juntamente com a concentração das Urgências Hospitalares e a sua requalificação.

A mesma fonte salienta que Portugal dispunha em 2009 de 86 hospitais de natureza institucional Oficial e 100 Privados, na região norte os mesmos dispunham-se por 23 e 34 segundo a mesma natureza, contudo no mesmo ano, o distrito de Bragança apenas dispunha de um Centro Hospitalar (CHNE), distribuído por 3 unidades hospitalares (Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela)

O Distrito de Bragança tem características peculiares quanto á distribuição de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes. O INE (2011) revela que em 2010, Portugal Continental e a região Norte apresentam o mesmo número de médicos por 1000 habitantes (3,5), contudo se especificarmos o número de médicos especialistas por local, verifica-se que a região Norte dispõem de 9346 médicos, enquanto o Alto Trás-os-Montes tem apenas 281, Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela têm respectivamente 66, 20 e 47, apresentando os restantes concelhos valores muito inferiores e alguns não têm médicos especialistas (Mogadouro).

A fonte supra citada, apresenta a distribuição de enfermeiros por 1000 habitantes e por local de trabalho, assistindo-se a um aumento significativo ao longo da última década. Em 2010 verifica-se a existência de 5,8 enfermeiros por 1000 Habitantes tanto a nível de Portugal Continental como na região Norte, enquanto que em 2002 rondavam os 3,5. Contudo, em 2010 os Concelhos de Bragança e Macedo de Cavaleiros apresentam valores muito superiores à média nacional, respectivamente 15,1 e 10,1 enfermeiros por 1000 habitantes, embora alguns concelhos apresentem valores inferiores.

Os enfermeiros, enquanto prestadores de serviços e visando a satisfação do utente, devem promover a capacidade do idoso em ser autónomo e em poder controlar a sua própria identidade.

A realidade dos cuidados ao idoso revela que muitas atitudes dos enfermeiros, não são norteadas por estes princípios (Roach, 2003).

O célebre filósofo William James (s/d, citado por Donato, 2010), salientou há mais de um século que a maior descoberta da sua geração é que qualquer ser humano pode mudar de vida, mudando de atitude. Desta forma, compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, conduz necessariamente a uma mudança de atitude em relação ao idoso e permite ao enfermeiro agir em conformidade, assumindo um papel inovador e relevante na prestação de cuidados.

Colocou-se então a questão de investigação: Há predominância de atitudes favoráveis por parte dos enfermeiros, que exercem funções no distrito de Bragança, face ao idoso?

Assim sendo, os objectivos deste estudo assentam em:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros, que exercem as suas funções no Distrito de Bragança para com as pessoas idosas;
- Identificar quais as variáveis independentes de controlo que mais se associam às atitudes favoráveis face ao idoso;
- Explorar na amostra obtida, se existem diferenças entre as variáveis independentes previstas no estudo e as atitudes dos enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança face ao idoso;
- Disponibilizar dados, no âmbito da temática que facilitem a tomada de decisão dos responsáveis.

A pertinência deste estudo, a nível pessoal, passa forçosamente pelo facto de a minha formação de base ser Enfermagem, e ultimamente ter investido em formação no âmbito da Gerontologia, pelo que este aprofundar de conhecimentos científicos acerca do tema versus metodologias de investigação, será uma mais-valia a nível profissional.

A nível científico, considero ser pertinente o facto de aplicar uma escala de atitudes, já validada para a população Portuguesa, a enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança Independentemente dos resultados será uma mais-valia sólida que servirá de base na tomada de decisões dos gestores.

A nível social e tendo por base Hummert, Gartska e Shaner (1997, citados por Viegas, 2006), referindo que os estereótipos positivos ou negativos produzem atitudes positivas ou negativas, que por sua vez contribuem para manter os estereótipos, torna-se relevante fazer a análise das atitudes dos enfermeiros no distrito de Bragança face ao idoso, no sentido de poder contribuir activamente para a clarificação da problemática em estudo.

4.2. Metodologia

Do ponto de vista metodológico existem dois tipos de estudos, os qualitativos e os quantitativos. Nos primeiros procura-se analisar a informação de um ponto de vista indutivo, no qual o

investigador, deliberadamente, não considera os conhecimentos que possui no domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa (Fortin, 1999).

Nos estudos quantitativos, e segundo o mesmo autor, parte-se de uma teoria e procura-se verificar com esta se aplica numa dada situação, comparando-se os resultados com os obtidos noutros estudos.

No presente trabalho de investigação será feita uma abordagem metodológica do tipo quantitativo para alcançar os objectivos propostos.

4.2.1. Tipo de Estudo

Os desenhos de investigação podem ser de dois tipos, experimentais e observacionais. Os experimentais caracterizam-se pelo estudo de relações de causalidade, nos quais o investigador introduz um factor ou intervém no ambiente, de forma a verificar o impacto dessa intervenção. Comumente recorre-se a um grupo de controlo (não sujeito a intervenção) e a um grupo experimental (sujeito à intervenção do investigador) procedendo-se à comparação dos resultados (Fortin, 1999).

Segundo a autora supra citada, nos estudos observacionais, não há intervenção directa do investigador, mas desenvolvem-se métodos para descrever eventos que ocorrem de forma natural. Estes estudos, por sua vez, podem ser descritivos ou analíticos.

A mesma autora salienta que os estudos descritivos limitam-se a caracterizar/descrever um fenómeno, enquanto que nos analíticos pretende-se explicar os resultados através de relações estatísticas entre as variáveis. Os estudos observacionais e analíticos que são referentes a um único período de tempo dizem-se ainda transversais.

Ao pretender analisar as atitudes dos enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança para com a pessoa idosa, realizou-se um estudo analítico, transversal e do tipo quantitativo.

4.2.2. Variáveis de Investigação

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora, as variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização.

Os tipos de variáveis mais comuns são as independentes e dependentes. As primeiras são geralmente atributos dos indivíduos, como as identificadas neste estudo: *Sexo, Idade, Estado Civil, Habilitações Académicas, Categoria Profissional, Tempo na Categoria, Tempo na Profissão,*

Local onde presta Serviços, Serviço onde exerce funções, Área em que exerce funções, Experiência profissional noutros serviços, Vive com idosos.

A variável dependente é a que sofre o efeito das variáveis independentes. Neste estudo, a variável dependente (latente) estudada é a *Atitude* dos enfermeiros do distrito de Bragança para com a pessoa idosa.

4.2.3. Hipóteses de Investigação

Segundo Fortin (1999, p.102), a hipótese “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (proposição)”. A mesma autora salienta ainda que a hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo.

As hipóteses propõem-se clarificar o que o investigador espera encontrar no final do estudo (Ribeiro, 2007).

As hipóteses deste estudo, foram elaboradas a partir da fundamentação teórica realizada, dos estudos baseados na experiência empírica e da nossa experiência profissional. Relativamente à sua formulação pretendemos que fossem claras, objectivas e específicas, no sentido de salvaguardarem a possibilidade de serem testadas. Assim, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: As variáveis escala positiva e idade estão correlacionadas;

H2: As variáveis escala negativa e idade estão correlacionadas;

H3: As variáveis escala positiva e habilitações académicas estão relacionadas;

H4: As variáveis escala negativa e habilitações académicas estão relacionadas;

H5: As variáveis escala positiva e tempo na categoria estão correlacionadas;

H6: As variáveis escala negativa e tempo na categoria estão correlacionados;

H7: As variáveis escala positiva e tempo na profissão estão correlacionadas;

H8: As variáveis escala negativa e tempo na profissão estão correlacionadas;

H9: Existem diferenças na escala positiva em função do sexo;

H10: Existem diferenças na escala negativa em função do sexo;

H11: Existem diferenças na escala positiva em função do estado civil;

H12: Existem diferenças na escala negativa em função do estado civil;

H13: Existem diferenças na escala positiva em função da categoria;

- H14: Existem diferenças na escala negativa em função da categoria;
- H15: Existem diferenças na escala positiva quanto ao local onde exerce funções;
- H16: Existem diferenças na escala negativa quanto ao local onde exerce funções;
- H17: Existem diferenças na escala positiva quanto à área onde exerce funções;
- H18: Existem diferenças na escala negativa quanto à área onde exerce funções;
- H19: Existem diferenças na escala positiva quanto ao residir com idosos;
- H20: Existem diferenças na escala negativa quanto ao residir com idosos.

4.2.4. População e Amostra

Segundo Fortin (1999, p. 41), “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. O mesmo autor refere que “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população alvo, sendo constituída por elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população alvo deste estudo é constituída por todos os enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança.

Do ponto de vista estatístico é sempre desejável estudar todos os indivíduos que constituem a população alvo, mas na grande maioria dos estudos tal é praticamente impossível e como tal deve-se proceder à recolha de uma amostra, que, segundo Fortin (1999), é um subconjunto de uma população, sendo representativa da mesma, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

A amostra deste estudo foi calculada mediante o número da população de Enfermeiros existente no Distrito de Bragança, que segundo os dados estatísticos da OE facultados em 31 de Dezembro de 2009, foi de 1.121 enfermeiros.

No entanto, dado o conhecimento que se tem do Centro Hospitalar do Nordeste Transmontano (CHNE), Centros de Saúde (CS), Lares, Unidades de Cuidados Continuados e Integrados (UCCI) e Escola Superior de Saúde (ESSa), apurou-se um número de enfermeiros bastante inferior, aproximadamente 731.

Devido a esta situação, inquiriu-se a OE sobre a disparidade encontrada, tendo a mesma justificado este facto via email, tal como se pode confirmar pelo documento apresentado no Anexo I, considerando a população com 731 enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança e pretendendo-se ter no máximo um erro de 6% (ε), calculou-se o tamanho da amostra,

$n = 200$ (aproximadamente 27,4% do total da população), através da fórmula $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$ de Oliveira e Grácio (2005), onde N representa a população e $n_0 = \frac{1}{\varepsilon^2}$ representa uma aproximação inicial do tamanho da amostra calculada em função do erro máximo tolerado.

A amostra foi recolhida por um processo de amostragem não probabilística por quotas, cujas quotas dos elementos da população estão relacionados com a variável independente - *local onde presta serviço* - de modo a que a proporção de elementos da amostra, seja igual à proporção de elementos na população com as mesmas características. Assim, 54,7% da amostra presta serviço no CHNE, 29,5% nos CS, 3% na ESSa, 6% Lares, 7% nas UCCI. Os elementos da amostra foram seleccionados tendo por base a disponibilidade dos mesmos no preenchimento do questionário, rapidez e o menor custo na recolha de dados.

4.2.5. Instrumento de Recolha de Dados

Dada a natureza quantitativa do estudo, o instrumento de recolha de dados escolhido foi o questionário, que segundo Fortin (1999) não é mais do que um conjunto de enunciados ou de questões que permitem recolher informação junto dos sujeitos.

O questionário adoptado é composto por duas partes, uma de caracterização ao nível sócio-demográfico e profissional, e outra constituída pela versão portuguesa da Escala AKPI (Anexo II).

A Escala AKPI foi elaborada e validada por Kogan, em 1961, nos Estados Unidos da América, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa em 2002, pela Professora Doutora Laura Viegas, que gentilmente nos concedeu autorização para a utilizarmos a 1 de Março de 2010 (Anexo III). Partilhamos a opinião de Astle (1999), citado por Viegas (2006), segundo a qual a referida escala é fácil de aplicar e cotar, de consistência interna com valores aceitáveis, permitindo considerá-la um instrumento adequado para medir atitudes.

A escala é constituída por 34 itens: 17 negativos e 17 positivos, agrupados em pares emparelhados, ou seja, a atitude é formulada na negativa (item negativo) e na positiva (item positivo). Obtêm-se assim 17 pares de respostas, a saber: par 1 (itens 1 e 34), par 2 (itens 2 e 18), par 3 (itens 3 e 19), par 4 (itens 4 e 20), par 5 (itens 5 e 21), par 6 (itens 6 e 22), par 7 (itens 7 e 23), par 8 (itens 8 e 24), par 9 (itens 9 e 25), par 10 (itens 10 e 26), par 11 (itens 11 e 28), par 12 (itens 12 e 27), par 13 (itens 13 e 29), par 14 (itens 14 e 30), par 15 (itens 15 e 31), par 16 (itens 16 e 32) e par 17 (itens 17 e 33).

Para cada item existem seis possibilidades de resposta numa escala tipo Likert, sendo pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um desses itens, onde 1: discordo completamente, 2: discordo em grande parte, 3: discordo parcialmente, 5: concordo parcialmente, 6: concordo em grande parte e 7: concordo plenamente. A ausência de resposta é cotada com o

valor 4. Os itens negativos e positivos estão distribuídos de forma aleatória, apresentando o instrumento duas escalas: a negativa (com os itens negativos) e a positiva (com os itens positivos).

À semelhança de Viegas (2002) e de forma a comparar os resultados obtidos em cada uma das escalas, as pontuações atribuídas aos itens da escala positiva (itens 1, 2, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 31 e o 33) foram revertidas. Deste modo, quer para a escala negativa quer para a positiva, pontuações baixas indicam atitudes mais favoráveis para com os idosos.

O autor da escala estabeleceu como ponto teoricamente neutro o valor 3,5.

A Escala AKPI avalia ainda a percepção dos sujeitos em sete áreas relativas aos idosos:

Área 1 - Segregação através do espaço habitacional (onde e como os idosos devem viver);

Área 2 - Sentimentos provocados pela convivência com idosos;

Área 3 - Relações interpessoais entre gerações;

Área 4 - Homogeneidade dos idosos enquanto grupo;

Área 5 – Dependência;

Área 6 - Capacidades cognitivas;

Área 7 - Aparência pessoal e personalidade.

Estas áreas são avaliadas através das respostas dos sujeitos a pares de itens, específicos para cada área.

Assim para avaliar a área 1 (Segregação através do espaço habitacional) temos:

- Par 1 (Para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas);
- Par 5 (Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade);
- Par 16 (A maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas tornarem-se desleixadas e pouco atractivas);
-

Para avaliar a área 2 (Sentimentos provocados pela convivência com idosos) temos:

- Par 8 (A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros);
- Par 11 (Existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva);
-

Para avaliar a área 3 (Relações interpessoais entre gerações) temos:

- Par 9 (A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos);
- Par 12 (A maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas);

- Par 15 (A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas);

-

Para avaliar a área 4 (Homogeneidade dos idosos enquanto grupo) temos:

- Par 3 (Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes);
- Par 7 (A maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com excepção de alguns casos);

-

Para avaliar a área 5 (Dependência) temos:

- Par 2 (A maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que têm);
- Par 14 (A maioria das pessoas idosas exigem excessivamente que sejam amadas e encorajadas);

-

Para avaliar a área 6 (capacidades cognitivas) temos:

- Par 13 (A maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar);
- Par 4 (É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade);

-

Para avaliar a área 7 (Aparência pessoal e personalidade) temos:

- Par 6 (A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado);
- Par 10 (A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis).

Procedeu-se à avaliação da consistência interna da escala, conforme se pode observar na Tabela 11, tendo-se obtido um alfa de Cronbach de 0,82, pelo que esta escala apresenta uma consistência boa.

Quanto às sub-escalas, positiva e negativa, obteve-se 0,76 e 0,7, respectivamente, apresentando portanto consistências razoáveis. Comparando com o alfa obtido por Kogan obtemos a mesma ordem de grandeza não existindo grande discrepância do estudo original.

Para as escalas positiva e negativa procedeu-se à comparação com os alfas obtidos por Viegas, tendo-se um valor mais elevado no caso da escala positiva e ligeiramente inferior no caso da escala negativa. Como tal, estes valores estão em conformidade com os obtidos em outros estudos, sendo um indício de que a escala tem uma elevada consistência interna na medida que os seus itens estão altamente inter-relacionados o que, por sua vez, sugere que os itens estão todos a medir a mesma situação.

Tabela 11. *Consistência Interna da Escala (comparação com outros estudos)*

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach Viegas (2002)	Alfa Cronbach Kogan (1961)
Escala AKPI	0,82	-	0,86
Escala positiva	0,76	0,64	-
Escala negativa	0,7	0,72	-

4.2.6. Procedimentos e Tratamento de Dados

Foi elaborado um pedido oficial dirigido à directora de Enfermagem do CHNE, ao presidente do Agrupamento de Centros de Saúde do Nordeste (ACES) e à directora da ESSa, no sentido de se dignarem autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros que prestem serviços a idosos. Após deferimento dos mesmos (Anexo IV) foram aplicados os questionários durante o mês de Junho de 2010. Os mesmos foram aplicados de acordo com a seguinte distribuição: 109 no CHNE; 59 nos CS; 14 nas UCCI; 12 Lares e 6 na ESSa. Os questionários foram distribuídos pelos vários serviços e instituições em número superior ao pretendido, na primeira quinzena do mês supra citado e recolhidos após contacto telefónico confirmando o preenchimento dos mesmos, ou no fim do mês, no sentido de atingir as quotas propostas da distribuição da amostra (200 enfermeiros). Os questionários foram preenchidos pelos enfermeiros de serviço que gentilmente decidiram colaborar neste estudo, indo de encontro aos critérios de inclusão (Ser Enfermeiro, Consentimento Informado). De salientar que, dos questionários recolhidos foram rejeitados os que se encontravam indevidamente preenchidos.

No decorrer do trabalho foi garantida a preocupação pelo respeito e pelos princípios éticos decorrentes da investigação, desde a planificação em concordância com o código de ética, à condução da mesma de modo competente e com preocupações pela dignidade e bem-estar dos participantes de acordo com leis e regras em vigor no local nomeadamente as que regulam a prática profissional e a investigação com pessoas. É imprescindível a aprovação para realizar a investigação e o consentimento informado deverá estar devidamente documentado (Ribeiro,2007).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa informático Statistical Package for Social Sciences - *SPSS for Windows*, versão 16.0. Numa primeira fase e com vista a descrever e caracterizar a amostra do estudo em termos sócio-demográficos e profissionais, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo,

recorrendo-se às seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

Para a Escala AKPI procedeu-se à caracterização dos pares de itens formulados, através de medidas de localização e dispersão, procedendo-se do mesmo modo com as escalas negativa e positiva.

A validação das hipóteses foi efectuada através da determinação das correlações de *Pearson* (para variáveis quantitativas) e de *Spearman* (para variáveis qualitativas). Foram utilizados testes comparativos de médias, nomeadamente, teste *t-student* para duas amostras independentes (no caso da variável sexo e variável vive com idosos), quando não se violem os pressupostos na normalidade e homogeneidade das variâncias.

Em caso de violação dos referidos pressupostos deve recorrer-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Quando se pretendem comparar três ou mais grupos executar-se-á uma *analysis of variance* (ANOVA), tendo-se validado os seus pressupostos de aplicabilidade (normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias entre os grupos). Quando se verificar a violação dos pressupostos recorre-se ao teste *Kruskal-Wallis*, que é a alternativa não paramétrica.

4.3. Apresentação de Resultados

Neste subcapítulo serão apresentados os dados sócio-demográficos, os dados profissionais da amostra em estudo e ainda os resultados da análise da escala AKPI para a mesma amostra.

4.3.1. Dados Sócio-Demográficos

Na Tabela 12, apresentamos as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, *Sexo*, *Idade*, *Estado civil* e *Habilitações académicas* para a amostra em estudo.

Quanto à variável *Sexo* a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do sexo feminino (83,5%).

Relativamente à *Idade*, a faixa etária com maior frequência é a dos 30 a 39 anos com 36,2%, seguido da faixa 40 a 49 anos com 25,1%, depois 20 a 29 anos com 22,6% e por último, com 16,1% a faixa etária dos 50 a 59 anos. A idade média dos enfermeiros é 38,4 anos com um desvio padrão de 9,8 anos, com uma variação entre os 22 e os 59 anos.

No que concerne ao *Estado Civil* 64,5% dos enfermeiros são casados, 27,5% solteiros, 5,5% divorciados e 2,5% são viúvos.

Quanto às *Habilitações académicas*, 70% dos enfermeiros são Licenciados, 11,5% possuem um Curso de Estudos Superiores Especializados (CESE), 10% têm Bacharelato, 4,5% Mestrado, 3%

Curso Enfermagem (9.º ano) e apenas 1%, que corresponde a dois enfermeiros possuem Doutoramento.

Tabela 12. *Distribuição da Amostra Segundo as Características Sócio-demográficas*

		n	%		
Sexo	Masculino	33	16,5		
	Feminino	167	83,5		
	Total	200	100,0		
Idade	20 a 29	45	22,6		
	30 a 39	72	36,2		
	40 a 49	50	25,1		
	50 a 59	32	16,1		
	Total	199	100,0		
Estatísticas descritivas	n=199	Mín.= 22	Máx.= 59	$\bar{x} = 38,4$	$s = 9,8$
Estado civil	Solteiro	55	27,5		
	Casado	129	64,5		
	Divorciado	11	5,5		
	Viúvo	5	2,5		
	Total	200	100,0		
Habilitações académicas	Curso Enf. (9.º ano)	6	3,0		
	Bacharel	20	10,0		
	Licenciatura	140	70,0		
	CESE (Especialidade)	23	11,5		
	Mestrado	9	4,5		
	Doutoramento	2	1,0		
	Total	200	100,0		

4.3.2. Dados Profissionais

Na Tabela 13 apresentamos as variáveis relativas à *Categoria profissional*, *Tempo na categoria* e *Tempo na profissão*. No que concerne à *Categoria profissional* a maioria (54,5%) são enfermeiros graduados, seguindo-se a categoria de enfermeiro com 32,5%; enfermeiro especialista 6,5%; enfermeiro chefe 3,5%; enfermeiro Professor Adjunto 2%, e os restantes são enfermeiro professor assistente e enfermeiro professor coordenador.

Quanto ao *Tempo médio na categoria* tem-se aproximadamente 9 anos, com um desvio padrão de 6,8 anos, variando entre 1 e 34 anos (em 193 respostas).

E o *Tempo médio na profissão* é de 14,7 anos com um desvio padrão de 9,6 com variação entre 1 e 37 anos.

Tabela 13. *Distribuição da Amostra Segundo as Características Profissionais (categoria profissional, tempo nessa categoria e tempo na profissão)*

		n	%		
Categoria profissional	Enfermeiro	65	32,5		
	Enfermeiro Graduado	109	54,5		
	Enfermeiro Especialista	13	6,5		
	Enfermeiro Chefe	7	3,5		
	Enfermeiro Professor Assistente	1	0,5		
	Enfermeiro Professor Adjunto	4	2,0		
	Enfermeiro Professor Coordenador	1	0,5		
	Total	200	100,0		
Tempo na categoria	1 a 9 anos	115	59,6		
	10 a 19 anos	65	33,7		
	20 a 29 anos	7	3,6		
	30 a 39 anos	6	3,1		
	Total	193	100,0		
Estatísticas descritivas	n=193	Mín.= 1	Máx.= 34	$\bar{x} = 9,1$	$s = 6,8$
Tempo na profissão	1 a 9 anos	64	32		
	10 a 19 anos	82	41		
	20 a 29 anos	31	15,5		
	30 a 39 anos	23	11,5		
	Total	200	100,0		
Estatísticas descritivas	n=200	Mín. = 1	Máx. = 37	$\bar{x} = 14,7$	$s = 9,6$

Na Tabela 14, apresentam-se as variáveis associadas à *Área em que exerce funções e o Local onde presta serviço*. A grande maioria dos enfermeiros (88,5%) exerce funções na prestação directa de cuidados, 8% são gestores e 3,5% são professores.

Quanto ao *Local onde exercem funções*, 54,5% hospital, 29,5% em centros de saúde, 7% em UCCI, 6% Lares e apenas 3% em Escolas. Em qualquer um dos serviços a maioria dos enfermeiros exerce funções em Bragança.

Tabela 14. *Distribuição da Amostra Segundo as Características Profissionais (área em que exerce funções e Local onde exerce funções)*

		n	%	
Área em que exerce funções	Prestação directa de cuidados	177	88,5	
	Gestão	16	8,0	
	Docência	7	3,5	
	Total	200	100,0	
Local onde exerce funções	Hospital	Bragança	59	29,5
		Macedo de Cavaleiros	23	11,5
		Mirandela	27	13,5
		Total	109	54,5
	Centro de Saúde	Bragança	22	11,0
		Macedo	7	3,5
		Mirandela	14	7,0
		Vimioso	4	2,0
		Vinhais	12	6,0
	Total	59	29,5	
	Escola	Total	6	3,0
		Algozo	3	1,5
	Lares	Baçal	1	0,5
Bragança		5	2,5	
Quintanilha		1	0,5	
Vimioso		1	0,5	
Vinhais		1	0,5	
Total		12	6,0	
UCCI	Macedo	5	2,5	
	Miranda	3	1,5	
	Vimioso	6	3,0	
	Total	14	7,0	
Total		200	100,0	

Quanto à *Área onde exercem funções dentro dos referidos serviços*, destaca-se que a grande maioria 84,5% encontram-se na prestação directa de cuidados e 10% fazem prestação directa e gestão, salientando-se ainda que apenas 1,5% exercem apenas cargos de gestão.

Em termos médios, o tempo que os inquiridos exercem estas funções é de 10,78 anos, variando entre 1 e 37 anos, sendo o desvio padrão 8,7 anos.

Quanto à *Experiência profissional noutros serviços ou áreas*, 65,7% responde afirmativamente e apenas 34,3% dizem não ter trabalhado noutro serviço. Estes resultados são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15. *Variáveis Relativas à Área em que Exerce Funções no Serviço Actual, Tempo no Respectivo Serviço e Experiência Profissional Noutros Serviços*

		n	%		
Área em que exerce funções de acordo com o serviço	Prestação directa de cuidados	169	84,5		
	Prestação directa e Gestão	20	10,0		
	Gestão	3	1,5		
	Docência	2	1,0		
	Outra	6	3,0		
Total		200	100,0		
Tempo de exercício de funções no serviço	1 a 9 anos	101	51,3		
	10 a 19 anos	70	35		
	20 a 29 anos	13	6,5		
	30 a 39 anos	13	6,5		
	Total	197	100,0		
Estatísticas descritivas	N=193	Mín.= 1	Máx. = 37	$\bar{x} = 10,78$	$s = 8,73$
Experiência profissional noutros serviços	Sim	130	65,7		
	Não	68	34,3		
	Total	198	100,0		

Relativamente ao facto de *residirem com idosos*, apenas 24 enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança, responde afirmativamente, tal como se verifica na Tabela 16, correspondendo a 12,1% da amostra. O tempo médio que estes enfermeiros coabitam com idosos é 10,8 anos, variando entre 2 e 30 anos, e com desvio padrão de aproximadamente 7 anos. A maioria da amostra, ou seja 87,9% dos enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança não vive com idosos.

Tabela 16. *Viver com Idosos*

		n	%		
Vive com idosos	Sim	24	12,1		
	Não	175	87,9		
	Total	199	100,0		
Tempo a que vive com idosos	n=24	Mín.= 2	Máx.= 30	$\bar{x} = 10,8$	$s = 6,96$

Na tabela 17, apresentamos as médias das idades e do tempo na profissão de acordo com a área onde exerce funções, verificando-se que essas médias são mais baixas para os enfermeiros que estão na prestação directa de cuidados. Assim, observa-se que os enfermeiros mais jovens e com menos tempo na profissão são os que prestam cuidados directamente aos idosos, apresentando em média 37,88 anos de idade e sendo enfermeiros aproximadamente há 14 anos.

Tabela 17. *Médias das Idades e do Tempo na Profissão de Acordo com a Área Onde Exerce Funções*

Área onde exerce funções	Idade (n=199)		Tempo na profissão (n=200)	
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>
Prestação directa de cuidados	37,88	9,62	14,07	9,22
Gestão	41,13	10,93	18,81	12,28
Docência	43,86	10,42	21,43	10,00
Total	38,35	9,81	14,71	9,64

Destaca-se ainda que os que trabalham na Escola e no Hospital são os que apresentam uma média etária mais elevada e os que trabalham nas UCCI são os mais jovens em termos médios, tal como se verifica na Tabela 18.

Tabela 18. Médias das Idades de Acordo com o Local Onde Exerce Funções

Local onde exerce funções	Idade (n=199)	
	\bar{x}	<i>s</i>
Hospital	40,58	9,69
Centro de Saúde	37,53	7,83
Escola	45,17	10,76
Lares	31,75	11,12
UCCI	27,36	5,67
Total	38,35	9,81

4.3.3. Escala AKPI

Na Tabela 19, apresentam-se as estatísticas descritivas para as escalas negativa e positiva, bem como a média relativa obtida dividindo a pontuação total obtida por dezassete.

As médias absolutas obtidas e consequentemente as médias relativas são semelhantes em cada uma das escalas, estabelecendo-se como valor neutro 3,5 como sugerido pelo autor da escala.

Tendo em conta este valor neutro obtido pode afirmar-se que na globalidade os enfermeiros têm atitudes neutras para com os idosos, isto é, nem favoráveis nem desfavoráveis.

Tabela 19. Total Escala Negativa e Positiva

	n	\bar{x}	<i>s</i>	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Média Relativa
Escala Negativa	200	58,96	11,54	60	51	67	3,47
Escala Positiva	200	58,81	12,20	60	49	68	3,46

Na Tabela 20 apresentamos a estatística descritiva para os pares de itens que constituem a escala AKPI. Assim, observa-se que 14 dos 34 itens tem valores médios superiores ao valor teórico (3,5) e como tal atitudes menos favoráveis para com os idosos, destacando-se os itens 34, 27 e 14 com médias superiores a 5.

As médias mais baixas, foram 1,61 e 1,89 obtidas respectivamente nos itens 16 e 10, revelando uma atitude muito favorável para com os idosos.

Tabela 20. Estatística Descritiva para os Itens da Escala

Par	Item	N.º	\bar{x}	s	Moda	Frequência	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
1	N	34	5,65	1,63	7	83	6	5	7
	P	1	2,66	1,48	2	76	2	2	3
2	N	18	3,42	1,66	3	65	3	2	5
	P	2	2,25	1,40	1	76	2	2	3
3	N	3	3,34	1,95	1	49	3	2	5
	P	19	2,69	1,48	3	68	3	2	3
4	N	4	3,06	1,83	2	54	2,5	2	5
	P	20	2,52	1,37	2	73	2	2	3
5	N	21	3,09	1,84	1	48	3	2	5
	P	5	2,96	1,78	2	66	2	2	4,5
6	N	22	3,91	1,61	3	61	3	3	5
	P	6	3,77	1,59	3	73	3	3	5
7	N	7	3,15	1,78	1	51	3	1	5
	P	23	3,18	1,72	3	59	3	2	5
8	N	8	2,16	1,49	1	95	2	1	3
	P	24	3,77	1,64	3	59	3	2	5
9	N	9	2,72	1,66	1	62	2	1	3
	P	25	2,27	1,34	2	74	2	1	3
10	N	26	1,89	1,16	1	101	1	1	3
	P	10	3,54	1,57	3	63	3	2	5
11	N	28	3,72	1,58	3 e 4	64	3	3	5
	P	11	2,92	1,65	3	59	3	2	5
12	N	12	4,93	1,45	5	88	5	5	6
	P	27	5,21	1,34	5	80	5	5	6
13	N	29	4,09	1,51	5	79	5	3	5
	P	13	3,76	1,66	3	88	3	3	5
14	N	30	3,66	1,57	3	73	3	3	5
	P	14	5,14	1,63	5	56	5	5	6
15	N	15	3,34	1,71	2 e 5	51	3	2	5
	P	31	3,89	1,56	3	69	3	3	5
16	N	32	3,40	1,61	3	65	3	2	5
	P	16	1,61	1,59	5	66	5	3	5
17	N	17	3,02	1,67	3	57	3	2	5
	P	33	4,42	1,76	5	56	5	3	6

Tendo por base os resultados apresentados na Tabela 21, para os pares de itens agrupados em cada uma das sete áreas que a escala AKPI contempla, verificam-se:

Atitudes globalmente desfavoráveis para com a segregação habitacional (área 1). No entanto, analisando cada um dos pares que constituem esta área, observa-se atitudes muito favoráveis nos pares 5 e 16, mas muito desfavorável no par 1.

Quanto aos sentimentos provocados pela convivência com idosos (área 2) os enfermeiros manifestam uma atitude globalmente favorável.

No que concerne a relações interpessoais entre gerações (área 3), os enfermeiros manifestam uma atitude globalmente desfavorável, devido essencialmente ao par 12, já que no par 9 manifestam uma atitude bastante favorável.

Relativamente à homogeneidade dos idosos enquanto grupo (área 4) a atitude global manifestada é bastante favorável.

No que toca à dependência dos idosos (área 5), os enfermeiros têm uma atitude globalmente desfavorável, devendo-se em grande parte ao par 14 no qual as atitudes reveladas são muito desfavoráveis.

Quanto às capacidades cognitivas (área 6) os enfermeiros manifestam atitudes globalmente favoráveis, apesar de no par 13 e em particular no item 29 as atitudes por eles reveladas serem desfavoráveis.

No que toca a aparência pessoal e personalidade (área 7) as atitudes reveladas são globalmente favoráveis devendo-se essencialmente ao item 26 do par 10, no qual os enfermeiros revelam atitudes bastante favoráveis.

Tabela 21. Áreas da Escala AKPI

	n	\bar{x}	<i>s</i>	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Média Relativa
Área 1 (1, 5, 16)	200	21,89	4,36	22	19	25	3,65
Área 2 (8, 11)	198	12,57	4,19	12	9	15,25	3,14
Área 3 (9, 12, 15)	196	22,34	5,35	22	19	26	3,72
Área 4 (3, 7)	199	12,37	4,38	13	9	16	3,09
Área 5 (2, 14)	199	14,49	3,24	14	12	16	3,62
Área 6 (4, 13)	199	13,44	3,99	14	10	16	3,36
Área 7 (6, 10)	197	13,12	4,03	13	10	16	3,28

4.4. Análise Inferencial

Com o objectivo de validar as hipóteses formuladas realizaram-se alguns testes estatísticos e calcularam-se correlações entre algumas das variáveis.

Em particular, calcularam-se as correlações entre as variáveis independentes: *Idade*, *Habilitações académicas*, *Tempo na categoria*, *Tempo na profissão* e as pontuações totais obtidas para as escalas positiva e negativa, conforme se apresenta na Tabela 22.

Ainda tendo por base os resultados da mesma tabela pode observar-se que as variáveis *Idade* e escala positiva são independentes, pois apresenta um valor prova (vp) de 0,569, para qualquer nível de significância que se assuma.

Por outro lado, correlacionando as variáveis *Idade* e a escala negativa, assumindo-se um nível de significância de 10%, mas tendo em conta que o coeficiente de correlação (r) é de 0,132 pode dizer-se que existem evidências estatísticas para afirmar que existe correlação positiva entre as variáveis, embora muito fraca.

Destaca-se que esta correlação é positiva o que significa que enfermeiros mais velhos têm valores de médias relativas mais altas, logo atitudes mais negativas perante o idoso. Dá-se como validada a hipótese dois mas não se sucede o mesmo com a hipótese um.

Existe uma correlação inversa entre as *Habilitações académicas* e cada uma das escalas, pelo que se validam as hipóteses três e quatro, o que significa que os enfermeiros com mais escolaridade têm valores de médias relativas mais baixas e conseqüentemente atitudes mais positivas em cada uma das escalas.

Constata-se que existe uma correlação positiva entre o *Tempo na categoria* e a escala negativa (validamos a hipótese seis), assumindo um nível de significância de 10%, o que significa que enfermeiros com mais tempo na categoria têm valores mais altos, logo atitudes menos positivas na escala negativa.

No entanto não existe uma correlação significativa entre o *Tempo na categoria* e a escala positiva, pelo que não se pode validar a hipótese cinco, uma vez que se registou-se um valor de prova de 0,321.

Pelos resultados obtidos, tendo por base a mesma tabela, podemos observar que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis *Tempo na profissão* em cada uma das escalas estejam correlacionadas, assumindo qualquer nível de significância, pelo que não se validam as hipóteses sete e oito.

Tabela 22. Correlações entre Variáveis Independentes e as Escalas Positiva e Negativa

	Escala positiva (quantitativa)	Escala negativa (quantitativa)
Idade (quantitativa)	$r = -0,41$ vp=0,569	$r = 0,132^{***}$ vp=0,072
Habilitações académicas (qualitativa)	$r = -0,155^{**}$ vp= 0,031	$r = -0,251^*$ vp=0,001
Tempo na categoria (quantitativa)	$r = 0,073$ vp=0,321	$r = 0,197^{***}$ vp=0,088
Tempo na profissão (quantitativa)	$r = -0,066$ vp=0,358	$r = 0,086$ vp=0,240

Nota: * significativa a 1%; ** significativa a 5%; *** significativa a 10%

Na Tabela 23, apresentam-se as comparações efectuadas entre o *Sexo*, *Estado civil*, *Categoria*, *Local* e *Área onde exerce funções* para cada uma das escalas.

Através do teste t para duas amostras independentes, após validação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade das variâncias, procedeu-se à comparação dos resultados médios obtidos em cada uma das escalas em função do *Sexo*, não se registando diferenças estatisticamente significativas. Desta forma não se validam as hipóteses nove e dez.

Para se proceder à comparação dos resultados obtidos em cada escala em função do *Estado civil*, *Categoria*, *Local* e *Área onde exerce funções*, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, pois não se validaram os pressupostos de aplicabilidade da Anova, não se registando diferenças significativas na primeira. Assim, para as hipóteses onze e doze não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, a um nível de significância de 5%, que pelo menos uma das distribuições das escalas nos grupos de Estado civil seja diferente.

Já na *Categoria*, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que pelo menos uma das distribuições das escalas (positiva e negativa) nos grupos em análise seja diferente, a um nível de significância de 5% e 10%, respectivamente, embora sendo mais evidentes na escala positiva uma vez que apresentou um valor prova (vp) de 0,005. E globalmente, nas duas escalas, os enfermeiros docentes são os que têm as atitudes mais positivas face ao idoso, enquanto que os enfermeiros, enfermeiros graduados e especialistas revelam atitudes mais desfavoráveis. Validam-se assim, as hipóteses treze e catorze.

A mesma conclusão pode ser assumida para a análise das hipóteses quinze e dezasseis, registando-se evidências estatísticas suficientes para afirmar que pelo menos uma das

distribuições das escalas (positiva e negativa) para os grupos do *Local onde exerce funções* seja diferente, a um nível de significância de 1% e 5%, respectivamente.

Ainda, para qualquer uma delas, os valores mais baixos são obtidos para os enfermeiros que trabalham na Escola (docência), seguindo-se os que trabalham nas UCCI, depois os que trabalham nos centros de saúde e hospital. Destaca-se que os valores mais elevados são obtidos nos enfermeiros que trabalham nos lares, e como tal, revelam atitudes mais negativas para com os idosos em qualquer uma das escalas.

Obtiveram-se evidências estatisticamente significativas, a um nível de significância de 1%, nas duas escalas quando se compara a *Área em que exercem funções*, sendo que os docentes revelam as atitudes mais positivas face aos idosos, seguindo-se os enfermeiros gestores e, finalmente, os enfermeiros que trabalham na prestação directa de cuidados são que apresentam valores mais altos logo atitudes menos favoráveis para com os idosos. Desta forma dão-se como validadas as hipóteses dezassete e dezoito.

Tabela 23. *Comparações entre o Sexo, Estado Civil, Categoria, Local e Área onde Exerce Funções e a Escala Positiva e Negativa*

	Escala positiva	Escala negativa
Sexo	vp=0,813	vp=0,784
Estado civil	vp=0,101	vp=0,593
Categoria	vp=0,005*	vp=0,057***
Local onde exerce funções	vp=0,009*	vp=0,013**
Área onde exerce funções	vp=0,002*	vp=0,001*

Nota: * significativa a 1%; ** significativa a 5%; *** significativa a 10%.

Por último, procedeu-se à comparação entre o *Viver ou não com idosos* com cada uma das escalas, através do teste t para duas amostras independentes, de acordo com o apresentado na Tabela 24.

Aplicou-se este teste paramétrico pelo facto de não se violar o pressuposto da normalidade, nem o da homogeneidade (analisando o teste de *Levene*, onde apresentou um valor prova de 0,815 para a escala positiva e 0,256 para a escala negativa, assumindo-se assim a igualdade das variâncias). Com este teste pretende-se inferir se os enfermeiros que residem com idosos têm atitudes mais

positivas para com os idosos em geral. Os resultados obtidos permitem afirmar que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a diferença das médias é significativamente diferente de zero, para um nível de significância de 5%, em cada uma das escalas. Assim, as hipóteses dezanove e vinte não se validam estatisticamente.

Tabela 24. *Comparações Entre o Residir com Idosos para A Escala Positiva e Negativa*

	Escala positiva	Escala negativa
Reside com idosos	vp=0,619	vp=0,927

4.5. Discussão de Resultados

Apresenta-se nesta secção, os principais pontos de discussão deste trabalho de investigação, tendo contribuído para o mesmo a revisão bibliográfica efectuada.

Para as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente Sexo dos enfermeiros, constata-se que a amostra é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino, convergindo com outros estudos tais como Magalhães (2003) e Castro (2007), e em particular com os dados fornecidos pela OE, nos quais está registado que mais de 80% dos enfermeiros são do sexo feminino.

Quanto à faixa etária, a mais predominante é a dos 30 a 39 anos, tendo-se uma média de 38,4 anos. A *Idade* varia entre os 22 e os 59 anos, registando-se cerca de 16% com idade superior a 50 anos, e cerca de 23% com idades compreendidas entre 22 a 29 anos. O que está de acordo com os dados da OE no caso dos mais velhos, mas a percentagem dos mais novos é inferior à média nacional (33,5% tem idade entre 21 e 30 anos).

Relativamente ao *Estado civil*, os enfermeiros que compõem a amostra são maioritariamente casados, e quanto às *Habilitações académicas* são maioritariamente licenciados.

Estes dados vão de encontro ao estado actual da formação inicial em enfermagem e da possibilidade de realização do Curso de Complemento em Enfermagem, que confere o grau de Licenciado. Trata-se de um grau académico importante no âmbito das avaliações curriculares, sendo também necessário no acesso a formações complementares, nomeadamente, pós-graduações, especializações e mestrados. Segundo o INE, a Saúde, onde se encontram inseridos os enfermeiros, é a área de estudo mais representativa dos diplomados no ensino superior em Portugal, rondando os 18%.

Relativamente às variáveis da situação profissional, a amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros graduados (54,5%), apesar de esta categoria ter sido extinta pelo Decreto-Lei n.º 122/

2010 de 11 de Novembro. A carreira especial de Enfermagem passou a ser estruturada em apenas duas categorias, Enfermeiro e Enfermeiro Principal. Não se tendo, ainda, efectuando a transição para a nova carreira, os enfermeiros reportam-se às antigas categorias, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que determina que ao fim de seis anos os enfermeiros progridam automaticamente para enfermeiros graduados.

O *Tempo na categoria* é predominantemente entre 1 e 9 anos (59,6%), e em média 9,1 anos, Isto está de acordo com o tempo na profissão cuja classe predominante é a dos 10 a 19 anos, registando-se ainda uma elevada percentagem de enfermeiros com tempo de profissão entre 1 a 9 anos, verificando-se que em média o tempo na profissão ronda os 14,7.

Quanto à *Área de actuação*, uma esmagadora maioria (88,5%) dos enfermeiros que constituem a amostra estão na prestação directa de cuidados. Tendo em conta que a amostra foi recolhida por um processo de amostragem por quotas, que estão relacionadas com a variável - Local onde presta serviço, obteve-se a seguinte distribuição para a aplicação dos questionários: 54,5% no CHNE, 29,5% nos CS, 3% na ESSa, 6% Lares e 7% nas UCCI.

Quanto à *Experiência profissional noutros serviços* a maioria dos enfermeiros responde afirmativamente, sendo este facto justificado pela idade dos enfermeiros e tempo na profissão, que em média é de 14,7 anos, sendo natural que durante estes anos tenham passado por vários serviços enriquecendo a sua experiência profissional.

Relativamente a *Residir com idosos* a percentagem de respostas afirmativas obtida é de 12%, em 199 inquéritos, o que revela que a maioria dos enfermeiros não reside com idosos.

A Escala original apresentou um alfa de Cronbach de 0,86 e no presente estudo de investigação apresentou um valor de 0,82, pelo que se considera que a consistência interna é boa. A escala AKPI encontra-se dividida em duas subescalas, a positiva e a negativa, cujos alfas de Cronbach do presente estudo são 0,76 e 0,70, respectivamente, encontrando-se estes valores em consonância com os obtidos por Viegas (2006).

As médias obtidas neste estudo na escala positiva e negativa são de 3,46 e 3,47, respectivamente, tendo-se considerado como valor neutro o 3,5, à semelhança do considerado por Kogan (1961, citado por Viegas, 2006). Dos 34 itens da escala obtivemos 21 com médias inferiores a 3,5 o que globalmente denota atitudes mais favoráveis para com os idosos. No estudo realizado por Viegas (2006), obtiveram-se 26 itens com média inferior a 3,5.

Os resultados obtidos nos pares de itens agrupados em cada uma das sete áreas que a escala AKPI contempla revelam que os enfermeiros manifestam, para as respectivas áreas:

- 1- Atitude desfavorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de realizar as suas actividades de vida, viverem juntamente nos mesmos prédios com pessoas de outras idades.

- 2- Atitude favorável perante a presença de pessoas idosas, estabelecendo com ela uma boa relação interpessoal.
- 3- Atitude desfavorável, relativamente ao facto de o idoso dar a sua opinião de forma espontânea e de se queixarem do comportamento dos mais novos; contudo têm uma atitude favorável face á escuta das histórias do passado do idoso.
- 4- Atitude favorável, considerando que os idosos são uma população relativamente heterogenia, tal como os outros grupos etários.
- 5- Atitude desfavorável ao considerarem os idosos dependentes a nível emocional e afectivo.
- 6- Atitude favorável ao considerarem a existência de flexibilidade nas capacidades cognitivas e adaptativas do idoso.
- 7- Atitude favorável quanto ao aspecto pessoal e a personalidade do idoso.

Resumidamente, das sete áreas que se definem com esta escala, quatro reportam atitudes globalmente favoráveis (áreas 2, 4, 6 e 7), e três, revelam atitudes menos favoráveis para com os idosos (áreas 1, 3 e 5). Comparativamente com Viegas (2006) existem algumas discrepâncias, nomeadamente, nas áreas 1, 3, 6 e 7, cujas atitudes dos enfermeiros face ao idoso são contrárias às obtidas neste estudo.

Neste estudo prova-se que existe uma correlação positiva entre a idade e a escala negativa, o que se traduz pelos enfermeiros mais velhos terem atitudes mais negativas na escala negativa. Os resultados obtidos por Viegas (2006), provou existir uma correlação negativa entre a idade e a escala positiva, isto é, os enfermeiros mais velhos têm atitudes mais favoráveis na escala positiva.

Atendendo a que são os enfermeiros mais novos, que estão na prestação de cuidados, com uma média de idades de 37,88 é muito favorável que sejam estes a apresentar as atitudes mais positivas face ao idoso.

Este resultado vem de encontro ao obtido por Viegas (2006). Ambos resultados são corroborados com o estudo de Brower (1985), citado por Viegas (2006) no qual os enfermeiros que passam menos tempo com os idosos, tem atitudes mais positivas.

Em relação à média de idades de acordo com o local onde se exerce funções, observa-se que é nas UCCI que se encontram os enfermeiros mais novos com uma média de 27,37 anos.

As *Habilitações académicas* também apresentam uma correlação significativa com as escalas positiva e negativa, sendo nos dois casos, correlações negativas cuja interpretação é a de que enfermeiros com mais habilitações revelam atitudes mais favoráveis para com os idosos. Os resultados são consistentes com o estudo de Viegas (2006) e corroboram o trabalho de Terri Brower (1985, citado por Berger, 1995d), em que realça que as enfermeiras mais experientes e as

de nível de formação mais elevado têm atitudes mais positivas face ao idoso. Neste estudo, 70% dos enfermeiros são licenciados, o que é muito favorável no atendimento ao idoso.

Comprova-se ainda que existe uma correlação significativa positiva entre o *Tempo na categoria profissional* e a escala negativa, o que significa que enfermeiros com mais tempo na categoria revelam atitudes mais desfavoráveis para com os idosos na referida escala. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Viegas (2006), que também encontrou uma correlação positiva entre o tempo na categoria dos enfermeiros e a escala negativa. Inerentemente, os enfermeiros que se encontram há menos tempo na categoria, apresentam atitudes mais favoráveis. Neste estudo, 59,6% encontram-se entre 1 a 9 anos na categoria, o que é favorável no atendimento do idoso.

O *Tempo na profissão* não apresenta correlações significativas com qualquer uma das escalas, contudo no estudo de Viegas (2006), a mesma variável apresenta uma correlação negativa com a escala positiva, o que significa que os enfermeiros que têm mais anos de profissão têm valores mais baixos, logo atitudes mais positivas na escala positiva.

Ao testar se existem diferenças nas escalas positiva e negativa, por *Sexo*, concluímos que não são estatisticamente significativas, tendo-se chegado à mesma conclusão para o *Estado civil*, isto é, as atitudes para com os idosos (escala positiva e negativa) não diferem segundo o sexo, nem segundo o estado civil dos enfermeiros. Estes resultados vêm corroborar os obtidos por Viegas (2006), no âmbito das mesmas variáveis do seu estudo.

Em *Função da categoria*, prova-se que as diferenças são estatisticamente significativas em cada uma das escalas, observando-se atitudes globalmente mais favoráveis dos enfermeiros docentes.

Quanto ao *Local de exercício de funções*, as diferenças são estatisticamente significativas, verificando-se que os enfermeiros com atitudes mais positivas face ao idoso são os que trabalham da ESSa. Os enfermeiros que trabalham nos lares de idosos são os que revelam atitudes mais desfavoráveis. Da experiência pessoal, pode-se deduzir que esta conclusão estará relacionada com o facto de a grande maioria dos enfermeiros que trabalha em Lares se encontra em acumulação de horários, implicando um maior cansaço e menor disponibilidade emocional no atendimento ao idoso. Os enfermeiros que exercem funções em Hospitais e Centros de saúde revelam atitudes muito semelhantes, mas mais desfavoráveis do que os exercem funções nas UCCI. Este facto poderá ser justificado pela média de idades dos enfermeiros que trabalha nas UCCI (27,36 anos) e serem licenciados, que apresentam atitudes mais favoráveis face ao idoso.

No que concerne à *Área onde exerce funções*, as diferenças são estatisticamente significativas nas duas subescalas, e mais uma vez os enfermeiros docentes têm as atitudes mais favoráveis, seguindo-se os gestores e por último, os enfermeiros que prestam cuidados directos, com as atitudes mais desfavoráveis para com os idosos. Estes resultados são coincidentes com os encontrados por Viegas (2006), nos quais verificou que os enfermeiros que exercem funções na prestação directa de cuidados, têm mais atitudes negativas que positivas face ao idoso. A mesma

autora, cita Ansello (1991) e Carmel e colaboradores (1992) que concluíram nos seus estudos que os enfermeiros que cuidam de idosos preferem prestar cuidados a uma população mais jovem.

Assim, salienta-se que os enfermeiros com categorias profissionais que lidam directamente com o idoso são os que apresentam atitudes menos favoráveis perante o idoso.

Vários autores chegaram à conclusão que os enfermeiros enquanto pessoas, são detentores de preconceitos, crenças e valores pessoais, que por sua vez influenciam as atitudes e comportamentos para com as pessoas idosas no desempenho das suas actividades profissionais.

Berger (1995d) refere que as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envelhecimento são o reflexo das sociedades em geral.

Magalhães (2003), concluiu no seu estudo, existir um maior predomínio da visão negativa da velhice sendo socialmente partilhada pelos enfermeiros.

Roach (2003), entende que o preconceito afecta as atitudes dos profissionais de saúde e afecta os cuidados ao idoso, tratando-o como uma pessoa incapaz de se cuidar e de tomar decisões.

Palmore (1999, citado por Magalhães et al., 2010), salienta que os estereótipos são essencialmente cognitivos, enquanto as atitudes são essencialmente afectivas e que usualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos.

Estes estudos, suportaram e corroboram a disparidade de atitudes observadas nos enfermeiros enquanto prestadores de serviços independentemente da área e do local onde os prestam e da categoria profissional

Finalmente, não se registam diferenças significativas, nas duas escalas, tendo em conta o *Viver com idosos, indo de encontro às actuais realidades familiares e já descritas noutros estudos tais como o de Magalhães (2003) tendo verificado que 81% dos indivíduos não vivem com idosos, enquanto que os restantes 19% vivem com idosos e ainda, Magalhães (2008), onde a maioria da sua amostra (75%) não vive com idosos. Este facto está em concordância com a conjectura familiar actual, em que a grande maioria das famílias é constituída apenas por duas gerações e muito dificilmente vivem com os avós.*

CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Um trabalho de investigação passa por um processo complexo. Desde as primeiras ideias e reflexões sobre o que viria a constituir este trabalho, foi percorrido um longo caminho, partindo do princípio que esta investigação pudesse trazer alguns contributos no âmbito das atitudes para com as pessoas idosas. A curiosidade de encontrar algumas respostas, impulsionou as ideias, que foram ganhando forma a ponto de virem a constituir um trabalho científico sobre a análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso com vista à tomada de decisão, e que se concretiza nesta dissertação. Passamos por um processo contínuo de revisão bibliográfica, que nos acompanhou durante todo o percurso e se transformou numa "companhia inseparável", no sentido de construção de um referencial, que deu suporte teórico ao estudo.

O envelhecimento demográfico entendido como um fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais 65 anos de vida, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados. As estatísticas mostram-nos, que somos uma população envelhecida. De acordo com últimos censos (2001), a população idosa, supera já a população jovem, isto devido essencialmente a dois factores: aumento da esperança de vida e diminuição das taxas de natalidade.

O facto de se viver mais tempo, torna as pessoas mais vulneráveis perante a adversidade e dificuldades que vão surgindo, acrescidas da probabilidade de se juntarem várias patologias, bem como a possibilidade de vir a desenvolver dependência de terceiros. Esta situação constitui preocupação especial, cujas respostas não podem ser dissociadas de todo o enquadramento social, económico, familiar, geográfico, habitacional, em que o idoso está inserido, devendo ser concretas num contexto de adaptação progressiva.

Por um lado a velhice representa uma fase da vida em que as capacidades e resistências físicas vão gradualmente diminuindo (Costa, 1998), e por outro, os cuidados de saúde tendem a aumentar, já que os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde.

A dependência seja ela física ou mental surge como um desafio, tanto para os idosos como para as suas famílias e prestadores de cuidados. Por outro lado, o aumento do número de idosos a necessitar de cuidados de saúde, coloca várias questões, nem sempre fáceis de solucionar, umas relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados ao idoso e família, e outras com as necessidades particulares de cada um.

Os conhecimentos científicos actuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência nas pessoas, em particular nas pessoas idosas e o seu impacto nas famílias, exigem a definição de linhas orientadoras para a promoção da autonomia dos idosos dependentes bem como para a melhoria da capacidade de intervenção dos prestadores de cuidados de saúde em geral e em particular dos enfermeiros, nomeadamente no que concerne às atitudes para com o principal cliente dos cuidados.

Os enfermeiros representam um dos maiores grupos ocupacionais a trabalhar nas organizações de saúde, exercendo uma influência relevante, para o melhor e para o pior, no desenvolvimento e promoção da saúde dos utentes, e da melhoria da qualidade de vida das populações.

O enfermeiro tem a responsabilidade de ajudar a desfazer atitudes preconceituosas e erros de concepção sobre o envelhecimento, no sentido de dar resposta às necessidades dos idosos do século XXI (idosos com maior grau de literacia, maior capacidade de decisão e mais activos) e fazer face às consequências do aumento dos grandes idosos e às alterações sofridas pelas estruturas familiares.

O equilíbrio delicado do estado de saúde dos idosos, as maiores expectativas dos consumidores, o risco de litígio e os requisitos de qualidade de serviço prestado, são factores a atender pelo gestor aquando da decisão de recrutamento e ou mobilidade de enfermeiros. Neste sentido a análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso pode revelar-se imprescindível, no intuito de cumprir os objectivos empresariais, com vista á satisfação do cliente.

A temática das atitudes é importante, pois dá conta da relação directa dos comportamentos adoptados pelos enfermeiros para com as pessoas idosa.

Para Tremblay e Coutu-Wakulczyk (1996, citado por Almeida, 1999) a repercussão destes comportamentos podem aumentar a auto-estima da pessoa idosa ou, pelo contrário, reforçar o papel de dependência e de inutilidade.

Os mesmos autores salientam que a adopção de atitudes negativas por parte de enfermeiros, aumenta os problemas cognitivos do idoso. Por seu lado, as atitudes positivas tais como o respeito, a reciprocidade e o interesse, retardam os processos de deteriorização das funções cognitivas e ajudam o idoso a conservar a sua autonomia funcional.

É consensual, que as atitudes são bons preditores de comportamento. As crenças e as atitudes podem ser compreendidas como um resultado de interacção do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com a sociedade. O enfermeiro como ser humano que é, também transporta consigo as suas crenças implicando por vezes atitudes menos favoráveis.

As mudanças a que a profissão de enfermagem tem sido sujeita nos últimos anos, tanto ao nível científico, tecnológico e social, bem como às diferentes concepções que a prática do cuidar tem vindo a acompanhar, para dar resposta às diferentes solicitações, leva-nos a pensar que é urgente e pertinente reflectir, sobre as atitudes dos enfermeiros ao idoso e família.

Neste trabalho de investigação, constatamos pela análise da escala AKPI que os enfermeiros da amostra manifestam:

Atitude favorável perante a presença de pessoas idosas, estabelecendo com ela uma boa relação interpessoal.

- Atitude favorável, considerando que os idosos são uma população relativamente heterogénia, tal como os outros grupos etários.
- Atitude favorável ao considerarem a existência de flexibilidade nas capacidades cognitivas e adaptativas do idoso.
- Atitude favorável quanto ao aspecto pessoal e a personalidade do idoso.
- Atitude desfavorável quanto ao facto de os idosos se manterem nas suas casas, serem capazes de realizar as suas actividades de vida, viverem juntamente nos mesmos prédios com pessoas de outras idades.
- Atitude desfavorável, relativamente ao facto de o idoso dar a sua opinião de forma espontânea e de se queixarem do comportamento dos mais novos; contudo têm uma atitude favorável face à escuta das histórias do passado do idoso.
- Atitude desfavorável ao considerarem os idosos dependentes a nível emocional e afectivo.

Concluiu-se também, que os enfermeiros mais novos, com mais habilitações académicas e com menos tempo na categoria, têm atitudes mais favoráveis para com o idoso. Em relação à categoria profissional, local de trabalho e área onde exerce funções, os resultados são concorrentes no sentido de serem os enfermeiros docentes, que trabalham em Escolas Superiores de Saúde que apresentam atitudes mais favoráveis face ao idoso.

Concluiu-se ainda que os enfermeiros que apresentam atitudes mais desfavoráveis para com o idoso, têm mais idade, são graduados, exercem funções na prestação directa de cuidados e em lares. As atitudes dos enfermeiros face ao idoso não diferem segundo o sexo e o estado civil.

Relativamente às limitações, de salientar que este estudo abrange apenas os enfermeiros que exercem funções no distrito de Bragança, não podendo os resultados ser extrapolados.

Outros estudos no âmbito da temática em Portugal, encontramos apenas o de Viegas (2006). Neste sentido será pertinente que se possam fazer novos estudos, noutros distritos, ou a nível nacional para posteriores avaliações.

Para terminar resta-nos perspectivar que este estudo possa ter contribuído com alguns subsídios para a compreensão da realidade estudada. Atendendo às actuais contingências demográficas e tendo em vista a satisfação do cliente, a decisão com vista o recrutamento, mobilidade e avaliação de desempenho de enfermeiros, por parte do gestor, poderá recair na análise das atitudes do enfermeiro face ao idoso.

Percorremos um longo caminho na trajectória da vida pessoal, profissional e familiar para a construção desta dissertação, e chegados à meta que inicialmente nos parecia tão distante, resta-nos a satisfação por a ter concluído.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Almeida, M. L. F. (1999). Cuidar o Idoso: revelações da prática de enfermagem. In M. A. Costa, J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, et al, *O Idoso – problemas e realidades* (pp. 63-91). Coimbra: Editora Formasau.
- Agreda, J. S. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In M. A. Costa, J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, et al, *O Idoso – problemas e realidades* (pp. 23-39). Coimbra: Editora Formasau.
- Azevedo, M. (2000). *Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para estruturação da escrita*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Barros, J., Barros, A., & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal: Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho.
- Belsky, K. (1996). *Psicología del envejecimiento - teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson, S.A.
- Belsky, J. K. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, L. (1995a). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux- Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 1-9). Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, L. (1995b). Cuidados de enfermagem em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 11-20). Lisboa: Lusodidactica.

- Berger, L. (1995c). Relação de ajuda em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 21-60). Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, L. (1995d). Atitudes mitos e estereótipos. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 63-71). Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, L. (1995e). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 123-154). Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, L. (1995f). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp. 157-197). Lisboa: Lusodidactica.
- Busse, E. W. (1999). Mito, história e ciência do envelhecimento. In E. W. Busse, & D. G. Blazer, *Psiquiatria geriátrica*. (2ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estado psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, M. A. G. M. (2009). *O Cuidar em gerontologia: uma análise etnográfica da prática dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Consultado em 3 de Março de 2010, em: <http://hdl.handle.net/10216/10039>
- Castro, C. M. V. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao idoso, em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta de Lisboa.
- CIPE/ICNP- Versão beta 2 (2002). Madeira, A., Abecassis, L., & Leal, T., Trad. Lisboa: Edição IGIF e APE (Edição original: CIPE/ICNP- Versão Beta 2.1999.CIE).
- Costa, M. A. M (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Editora Fim de Século.
- Costa, M. A. M. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In M. A. Costa, J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M., Almeida, D. Cabete, et al, *O Idoso – problemas e realidades* (pp. 7-21). Coimbra: Editora Formasau.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos*. Lisboa: Formasau e Educa.

Costa, M. A. (2005). A Depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Decreto-Lei n.º 31:913 de 12 de Março de 1942

Decreto-Lei n.º 48:166 de 27 de Dezembro de 1967

Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro de 1981

Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de Maio de 1985

Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro de 1988

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro de 1991

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998

Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. (2003). Lisboa: Círculo de Leitores.

Domingues, M. A., & Queiroz, Z. P. V. (2005). Atitudes, mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento e a sua influência no atendimento domiciliar. In D. Y. A. Oliveira & M. J. Diogo, *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico* (pp. 79-86). São Paulo: editora Atheneu.

Donato, J. (2010). *Atitude - Faça a sua parte*. Consultado em 18 de Março de 2010, em <http://domnato.blogspot.com/2010/01/atitude-faca-sua-parte.html>

Duque, C. (1999). *Atitudes e comportamentos*. Consultado em 13 de Março de 2010, em: <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>.

Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. São Paulo (5ª edição): Artmed Editora.

- Ermida, J. G. (1999). Processo de envelhecimento. In M. A. Costa, J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, et al, *O idoso – problemas e realidades* (pp.41-50). Coimbra: Editora Formasau.
- Eurostat Statistic in Focus (2008). Consultado em 18 de Junho, em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontologia social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontologia social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Filho, E. T. C. (1999). Fisiologia do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Filho, E. T. C., & Alencar, Y. M. G. (1998). Teorias do envelhecimento. In E. T. C. Filho & M. P. Netto, *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fortin, M. F., Vissandjée, B., & Côté, J. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gonçalves, D. M. S. A. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta
- Hernandis, S. P., & Martinez, M. S. (2005). *Gerontologia: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Jelenec, P., & Steffens, M. C. (2002). Implicit attitudes toward elderly women and men. Consultado em 8 de Novembro de 2010 em: www.uiowa.edu/~grpproc/crisp/crisp.7.16.html
- INE (2009). Indicadores Sociais 2008. Consultado em 18 de Março de 2010, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=85095248&PUBLICACOESmodo=2
- INE (2010). As pessoas 2008. Consultado em 18 de Março de 2010, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=85095248&PUBLICACOESmodo=2
- INE (2010). Consultado em 7 de Outubro de 2010 em : http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_faqs_censos

- INE (2011). Consultado em 23 de Julho de 2011 em : http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000907&contexto=pi&selTab=tab0
- INE (2011). Censos - Resultados preliminares. Consultado em 3 de Agosto de 2011 em : http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=122103956&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- Magalhães, C. P. (2003). *Representação social da velhice em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa.
- Magalhães, C. P. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no distrito de bragança*, Tese de Doutoramento, Universidade da Extremadura.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista transdisciplinar de gerontologia*. 3(2), 7-16.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas – uma abordagem global* (pp.99-104). Lisboa: Lusodidactica.
- Marchand, H. O. (2005). *A idade da sabedoria: maturidade e envelhecimento*. Porto: Ambar.
- Mercadante, E. (1999). Aspectos antropológicos do envelhecimento. In M. P Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Moniz, J. M. N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Mafra: Lusociência.
- Motta, A. B. (2006). Visão antropológica do envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do envelhecimento* (1ª edição). Loures: Lusociência.
- Nações Unidas (2002). Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Consultado em 7 de Julho de 2010, em Nações Unidas:<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>
- Neri, A. L. (2006a). Atitudes em relação à velhice: questões científicas e políticas. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Neri, A. L. (2006b). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias actuais. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, & M.L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neto, E. A. J., & Cunha, G. L. (2006). Teorias biológicas do envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neto, F. (1998). *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Netto, M. P., & Borgonovi, N. (1999). Biologia e teorias do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. P., & Ponte, J. R. (1999). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto, *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. P. (2006). O Estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E.V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro, enfermagem em portugal (1881-1998)*. Lisboa: Lusodidacta.
- Oliveira, E. F., & Grácio, M. C. (2005). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. *Revista de Ciência da Informação*. Junho; vol. 6, 1-8.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (2ª edição). Porto: Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *10 Anos da ordem dos enfermeiros, 1998/2008 - Enfermagem em portugal*. Edições Ordem dos Enfermeiros.
- Paschoal, S. M. P. (1999). *Epidemiologia do envelhecimento*. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Paúl, M. C. (2005). A construção de um envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em portugal*. (1ª edição) (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecer em portugal*. (1ª edição) (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuj, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. M. (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In A. M. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo* (pp. 11-30). Coimbra: Editora Quarteto.
- Pinto, M. M. (2001). O fenómeno da longevidade. In A. M. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo* (pp.155-153). Coimbra: Editora Quarteto.
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora
- Roach, S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. (Trabalho original em Inglês publicado em 2001).
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1995).
- Rodrigues, N. C., & Rauth, J. (2006). Os desafios do envelhecimento no brasil. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo publico a educar*. (1ª edição). Porto: Ambar.
- Viegas, L. (2002). *Atitudes dos enfermeiros para com os idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Viegas, L. (2006). Atitudes dos enfermeiros para com as pessoas idosas. *Revista Pensar Enfermagem*, edição UI e DE, 10 (2), 47-57.
- Watson, J.(2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I. Email da Ordem dos Enfermeiros

“Ex. Colega

Sandra Rodrigues

Solicitação de Dados

Somos a informar conforme contacto telefónico de 3/05/2010 pelas 16h40 que o diferencial entre o número de enfermeiros que lhe foi inicialmente enviado – 1121 enfermeiros – (supostamente a exercer actividade profissional no Distrito de Bragança), dados existentes na base de dados da SRN da OE, consideramos que a diferença a que a colega alude (390 enfermeiros que não sabe o seu local de actividade) deve-se a motivos vários aos quais também a SRN da OE é alheia. Os colegas mantêm inscrição na SRN e residência no Distrito de Bragança, provavelmente seu local de residência (eventualmente residência dos pais) e à semelhança da 3.ª questão que a colega coloca os colegas encontrar-se-ão a trabalhar fora do Distrito de Bragança o que explica, muito provavelmente esse diferencial. Esperando ter conseguido ir de encontro aos seus anseios relativos ao estudo de mestrado que pretende realizar, subscrevemo-nos com a maior consideração.

O Conselho de Enfermagem Regional – Enfermeiro Manuel Brás”

Ivone Ribeiro Machado

(Chefe de Secção e Secretariado do CDR)

Secção Regional do Norte da OE

Rua Latino Coelho, n.º 352

4000-314 PORTO

Tlf. 225072710 Fax 225072719

E-mail: ivone@ordemenfermeiros.pt

ANEXO II. Instrumento de Recolha de Dados

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
MESTRADO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES
RAMO DE GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Mestrando: Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues

Orientadores: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães
Professora Doutora Paula Odete Fernandes

BRAGANÇA, MAIO, 2010

Caro, colega

O presente questionário enquadra-se numa investigação a desenvolver no âmbito do *Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão das Unidades de Saúde*, em que se pretende analisar as **atitudes dos enfermeiros face ao idoso com vista à tomada de decisão: O caso do distrito de Bragança**.

Encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte com os dados sócio - demográficos e profissionais e a segunda parte com a versão Portuguesa de Escala AKPI.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento das questões que se seguem. Este questionário é absolutamente anónimo e será tratado de forma confidencial.

Responda às questões com a máxima sinceridade, pois não existem respostas certas ou erradas.

Caso seja do seu interesse, os resultados estarão disponíveis após a conclusão do mesmo.

Obrigado pela colaboração.

Sandra Rodrigues

1. DADOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAISSEXO: Masculino Feminino

IDADE:

ESTADO CIVIL: Solteiro Casado Divorciado Viúvo **HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:**Curso Enf. (9º ano) CESE (Especialidade) Curso Enf. (11º ano) Mestrado Bacharel Doutoramento Outra

Qual:

CATEGORIA PROFISSIONAL:Enfermeiro Enfermeiro Supervisor Enfermeiro Graduado Enfermeiro Professor Assistente Enfermeiro Especialista Enfermeiro Professor Adjunto Enfermeiro Chefe Enfermeiro Professor Coordenador Outra

Qual:

TEMPO NA CATEGORIA:

TEMPO NA PROFISSÃO:

EXERCE FUNÇÕES:• Na prestação directa de cuidados • Na gestão • Outra

Qual:

LOCAL ONDE EXERCE FUNÇÕES:

Hospital	<input type="checkbox"/>	Lares	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	UCCI	<input type="checkbox"/>
Escola	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

Qual:

SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES:**ÁREA EM QUE EXERCE FUNÇÕES:**

Prestação	<input type="checkbox"/>	Gestão	<input type="checkbox"/>
Prestação / gestão	<input type="checkbox"/>	Docência	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual:.....	

HÁ QUANTO TEMPO:**EXPERIENCIA PROFISSIONAL ANTERIOR NOUTROS SERVIÇOS / ÁREAS:**

SIM
NÃO

Qual: Quanto tempo.....

Qual: Quanto tempo.....

Qual: Quanto tempo.....

Qual: Quanto tempo.....

VIVE COM IDOSOS: SIM HÁ QUANTO TEMPO:

NÃO

2 – ESCALA AKPI

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE
1	2	3	5	6	7

1 – Pode-se contar com uma zona residencial agradável quando essa zona é habitada por um número razoável de pessoas idosas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

2 – Muitas pessoas idosas prefeririam continuar a trabalhar enquanto podem, em vez de dependerem de outras pessoas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

3 – Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

4 – É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

5 – Provavelmente seria melhor que as pessoas idosas habitassem em prédios também habitados por pessoas mais novas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

6 – A maioria das pessoas idosas parece ter uma aparência pessoal arranjada e asseada.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

7 – A maioria das pessoas idosas é bastante parecida umas com as outras, com excepção de alguns casos.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

8 – A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

9 – A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

10 – As maiorias das pessoas idosas são alegres, agradáveis e bem-humoradas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

11 – A maioria das pessoas idosas não são diferentes das outras pessoas, é tão fácil compreendê-las como às mais novas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

12 – As maiorias das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE
1	2	3	5	6	7

13 – A maioria das pessoas idosas é capaz de se adaptarem de novo quando a situação o exige.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

14 – A maioria das pessoas idosas não precisa de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

15 – A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitados.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

16 – Pode-se contar com que a maioria das pessoas idosas mantenha a casa limpa e atractiva.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

17 – As pessoas idosas têm demasiado poder na área dos negócios e da política.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

18 – A maioria das pessoas idosas preferem deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que tem.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

19 – Quando se pensa sobre o assunto, conclui-se que as pessoas idosas têm os mesmos defeitos que as outras pessoas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

20 – Com o passar dos anos as pessoas adquirem mais sabedoria.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

21 – Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

22 – A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

23 – É evidente que a maior parte dos idosos são muito diferentes uns dos outros.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

24 – A maioria das pessoas idosas provoca nos outros, descontração quando convivem com elas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE
1	2	3	5	6	7

25 – Uma das características mais importantes da maioria das pessoas idosas é as suas experiências do passado.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

26 – A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

27 – Raramente se ouvem pessoas idosas a criticar o comportamento das gerações mais novas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

28 – Existe uma característica particular nas pessoas idosas: é difícil perceber o que as incentiva.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

29 – A maioria das pessoas idosas instala-se nos seus hábitos e são incapazes de mudar.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

30 – A maioria das pessoas idosas exige excessivamente que sejam amadas e encorajadas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

31 – A maioria das pessoas idosas respeita a privacidade dos outros e só dão conselhos quando são solicitadas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

32 - A maioria das pessoas idosas tende a deixar as suas casas, tornarem-se desleixadas e pouco atractivas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

33 - As pessoas idosas têm pouco poder na área dos negócios e da política.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

34 – Para manter uma zona residencial agradável é preferível que ela não seja habitada por muitas pessoas idosas.

1	2	3	5	6	7
---	---	---	---	---	---

ANEXO III. Autorização da Dra. Laura Viegas para Utilizar a Escala AKPI

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Laura Maria Monteiro Viegas** <lviagas@esel.pt>

Data: 1 de Março de 2010 15:09

Assunto: RE: Versão portuguesa da Escala AKPI

Para: Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues <sfbrodrigues@gmail.com>

Boa tarde Sandra

Peço desculpa pelo atraso da resposta mas não estava esquecida.

Face ao que solicita:

1- A escala está adaptada e validada por mim após autorização do Prof^o Kogan;

2- A escala não está publicada mas autorizo-a a utilizá-la e a aplicá-la. Quando terminar o seu estudo agradeço que informe sobre os resultados.

Envio em anexo a Escala, assim como a parte da minha tese referente ao estudo para a adaptação da versão portuguesa da Escala de Atitudes de Kogan para Pessoas Idosas.

Ao dispor e votos de bom trabalho.

Laura Viegas (lviagas@esel.pt)

Professora Adjunta

Departamento Fundamentos de Enfermagem

ESEL

De: Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues [sfbrodrigues@gmail.com]

Enviado: segunda-feira, 22 de Fevereiro de 2010 20:16

Para: Laura Maria Monteiro Viegas

Assunto: Versão portuguesa da Escala AKPI

Ex.ma Dra. Laura Viegas

Chamo-me Sandra Rodrigues, sou enfermeira no Centro Hospitalar do Nordeste, unidade de Bragança.

Sou aluna do Mestrado de Gestão de Unidades de saúde, na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Encontro-me em fase de pesquisa no sentido de iniciar a minha Tese de Mestrado.

Foi com grande satisfação, que encontrei na biblioteca da nossa Escola a revista " *Pensar Enfermagem*", vol.10,nº2,2006, com um artigo que preencheu todos os requisitos das minhas preferências.

Trata-se do artigo escrito por si, " *Atitudes dos Enfermeiros para as pessoas idosas* ", no qual faz referência à versão portuguesa da Escala AKPI.

Gostei imenso deste artigo, porque vai muito de encontro à minha realidade profissional enquanto enfermeira prestadora de cuidados e colaboradora no âmbito de enfermagem, num Lar de 3ª idade e num Centro de Dia.

Fiquei com vontade de pegar nesta temática, e se eventualmente pudesse seguir a mesma linha de investigação, poderia fazer um estudo comparativo.

Assim sendo, venho por este meio solicitar que se digne esclarecer-me quem foi que validou o referido instrumento, se está ou não publicado, e de que forma posso solicitar a versão Portuguesa do "Kogan Attitudes Toward Old People Scale".

Com os melhores cumprimentos, aguardo atenciosamente

Sandra Rodrigues (967406627)

ANEXO IV. Autorização para Aplicar os Questionários nas Instituições de Saúde



Autorizo a aplicação do questionário em de unid. de saúde em 15/10/2010
 HP

Exmo. Sr.(a)

Directora de Enfermagem
 do Centro Hospitalar do
 Nordeste.
 Inf.^a Conceição Vieira

Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues, colaboradora do CHNE – Centro Hospitalar do Nordeste, desde Fevereiro de 1996, com o número mecanográfico 12253, a exercer funções como Enfermeira no Serviço de Cirurgia Mulheres, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a, na qualidade de mestranda em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), que se digne autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros que prestem serviços a idosos, (anexo) no sentido de conhecer **as atitudes dos enfermeiros do distrito de Bragança para com as pessoas idosas**, através da aplicação da escala de atitudes – **Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas**.

Face ao exposto, agradece-se desde já a atenção dispensada por V.^a Ex.^a.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Sandra Rodrigues

Bragança, 13 de Abril 2010



Ad. Director do curso de Gerontologia.
 Recebido
 2010-06-07

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BRAGANÇA
 Entrada Nº 386
 Em 07 / 06 / 2010
 Processo 6114

Exmo. Sr.(a)

Directora da Escola Superior
de Saúde de Bragança

Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues, colaboradora do CHNE – Centro Hospitalar do Nordeste, desde Fevereiro de 1996, com o número mecanográfico 12253, a exercer funções como Enfermeira no Serviço de Cirurgia Mulheres, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a, na qualidade de mestranda em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), que se digne autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros que prestem serviços a idosos, (anexo) no sentido de conhecer **as atitudes dos enfermeiros do distrito de Bragança para com as pessoas idosas**, através da aplicação da escala de atitudes – **Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas**.

Face ao exposto, agradece-se desde já a atenção dispensada por V.^a Ex.^a.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Sandra Rodrigues

Bragança, 7 de Junho, 2010



Sandra Fátima
20.05.06
Vitor Alves
Director Executivo do ACES-Nordeste

Autorizo
20.05.06
leal

Exmo. Sr.(a)
Director Executivo do
ACES - Nordeste

Sandra Fátima Gomes Barreira Rodrigues, colaboradora do CHNE – Centro Hospitalar do Nordeste, desde Fevereiro de 1996, com o número mecanográfico 12253, a exercer funções como Enfermeira no Serviço de Cirurgia Mulheres, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª, na qualidade de mestrandia em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança (IPB), no âmbito da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), que se digne autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros que prestem serviços a idosos, (anexo) no sentido de conhecer as atitudes dos enfermeiros do distrito de Bragança para com as pessoas idosas, através da aplicação da escala de atitudes – Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas, nomeadamente nos Centros de Saúde de Bragança, Macedo de Cavaleiros, Miranda e Vinhais

Face ao exposto, agradece-se desde já a atenção dispensada por V.ª Ex.ª.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos

Sandra Rodrigues (967406627)
mail: *sfg@rodrigues@gmail.com*

Bragança, 5 de Maio de 2010

c.c. Enfermeiros
É de autorizar
solicitamos que nos sejam
enviados os resultados.
2010/05/07
Lúcia Pinto
Lúcia Pinto
Vogal Enfer do Conselho Clínico