

Joana Novais Vale Silva Fontes

IDADISMO E SEUS CORRELETOS EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Joana Novais Vale Silva Fontes

IDADISMO E SEUS CORRELETOS EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

Joana Novais Vale Silva Fontes

IDADISMO E SEUS CORRELETOS EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

(Joana Novais Vale Silva Fontes)

"Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica desenvolvido sob orientação da Prof. Doutora
Rute Meneses".

RESUMO

A sociedade está cada vez mais envelhecida. De acordo com vários estudos, o envelhecimento da população Portuguesa está a gerar vários problemas sociais novos. Muitos destes problemas ainda não são suficientemente tematizados ou perceptíveis. Um deles é a discriminação social face às pessoas idosas através de comportamentos, atitudes e preconceito presentes no dia-a-dia.

Segundo Scheneider (2008 p. 586) *“a velhice começou a ser tratada como uma etapa de vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais.”* Portanto torna-se relevante direcionar o estudo sobre para percepção acerca dos idosos, principalmente junto de futuros profissionais de cuidados de saúde.

Assim, o objetivo central do presente estudo é conhecer a percepção de estudantes de enfermagem sobre a discriminação social perante os idosos.

Para o efeito, aplicou-se, em contexto de sala de aula, um questionário sócio-demográfico e a Escala de Imagens da Velhice “ImAges” (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) a 78 estudantes de enfermagem, matriculados no ano letivo, 2013/2014.

Os resultados demonstram que há globalmente uma visão positiva sobre o idadismo não se tendo verificado relação estatisticamente significativa entre idadismo e as restantes variáveis em estudo.

Como futuros profissionais, os inquiridos consideram que o idoso possui ainda um papel ativo na sociedade.

Palavras-chave: Envelhecimento, idadismo em Portugal, alunos do ensino superior, discriminação, estereótipos.

ABSTRACT

Society is increasingly aging. According to several studies, the aging of the Portuguese population is generating many new social problems. Many of these problems are not yet sufficiently thematized or noticeable. One is the social discrimination against the elderly through behaviors, attitudes and prejudice present in the day-to-day.

According to Schneider (2008 p. 586). "old age began to be treated as a stage of life characterized by physical decay and absence of social roles" Therefore it becomes important to direct study on perceptions about the elderly, especially among future health, care professionals.

Thus, the central aim of this study was to determine the perception of nursing students about the social discrimination against the elderly.

To that end, it was applied in the context of the classroom, a socio-demographic questionnaire and Scale Images of Old Age "Images" (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) to 78 nursing students enrolled in the academic year 2013 / 2014.

The results show that overall there is a positive outlook on ageism and there was no statistically significant relationship between ageism and other study variables.

As future professionals, respondents considered that the elderly still have an active role in society.

Key words: Aging, ageism in Portugal, students of higher education, discrimination, stereotypes.

Pensamento

Parado e atento à raiva do silêncio
de um relógio partido e gasto pelo tempo
estava um velho sentado no banco de um jardim
a recordar fragmentos do passado

na telefonia tocava uma velha canção
e um jovem cantor falava da solidão
que sabes tu do canto de estar só assim
só e abandonado como o velho do jardim?

o olhar triste e cansado procurando alguém
e a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém
sabes eu acho que todos fogem de ti pra não ver
a imagem da solidão que irão viver
quando forem como tu
um velho sentado num jardim

passam os dias e sentes que és um perdedor
já não consegues saber o que tem ou não valor
o teu caminho parece estar mesmo a chegar ao fim
pra dares lugar a outro no teu banco do jardim

Mafalda Veiga – Velho

Dedicatória

Para a minha Mãe:

- são infinitas as palavras que tenho para te dedicar e transmitir em agradecimento da tua presença na minha educação e na minha formação!

És a minha Heroína e Guerreira!

Agradecimentos

A presente Dissertação de Mestrado é dedicada a todos que estiveram comigo e me deram força para continuar.

À minha orientadora, Professora Doutora Rute Meneses, que aceitou acompanhar-me neste caminho, pela sua dedicação, disponibilidade e partilha de conhecimento que sempre dedicou ao longo deste percurso e principalmente pela paciência e compreensão nos momentos mais difíceis. Nunca esquecerei os seus conselhos. Ser sua orientanda foi muito gratificante! Muito obrigada!

A todos os meus amigos que durante esta fase me apoiaram e me incentivaram. Obrigada pelo bom tempo gasto na vossa companhia.

Aos alunos de Enfermagem que sempre se mostraram receptivos, colaborando na realização deste trabalho. Obrigada aos professores pela meia hora que disponibilizaram das suas aulas para que fosse possível a colaboração dos alunos.

À Universidade Fernando Pessoa, pelas facilidades concedidas para a elaboração desta Dissertação de Mestrado.

Siglas e Abreviaturas

A.C – Antes de Cristo

ADN - Ácido desoxirribonucleico

APA - American Psychological Association

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

ISSN - International Standard Serial Number

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Science

UFP – Universidade Fernando Pessoa

p. – Página

pp. – Páginas

s.d. – sem data

Idadismo e seus correletos em estudantes de enfermagem

UCP – Universidade Católica Portuguesa

% - Percentagem

Índice

Introdução.....	16
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	20
1.1. Envelhecimento: Conceptualização teórica.....	21
1.2. Idadismo: Uma perspectiva da sociedade.....	44
1.3. O papel do estudante de enfermagem/enfermeiro no processo de envelhecimento.....	52
Capítulo II – Fase Empírica.....	59
2.1. Desenho, objectivos e variáveis da investigação	59
2.2. Método.....	61
ii.ii.i. População e amostra.....	61
ii.ii.ii. Instrumento de colheita de dados.....	64
ii.ii.iii. Procedimento.....	68
ii.ii.iv. Tratamento e análise de dados.....	71
ii.iii. Análise e discussão dos resultados.....	73
Conclusão.....	80
Referências bibliográficas.....	82

Índice de Quadros

Quadro 1 – Teorias Biológicas do Envelhecimento

Quadro 2 – Teoria psicossocial do envelhecimento

Quadro 3 - Dimensões do Idadismo

Quadro 4 - Distribuição dos alunos segundo o género

Quadro 5 - Distribuição dos alunos segundo o estado civil

Quadro 6 - Distribuição dos alunos segundo a faixa etária

Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo a profissão

Quadro 8 - Distribuição dos alunos segundo experiência de trabalho com idosos.

Quadro 9 - Distribuição dos alunos segundo anos de experiência de trabalho com idosos.

Quadro 10 - Distribuição dos alunos segundo experiência de trabalho e anos de experiência de trabalho com idosos.

Quadro 11 - Caracterização da amostra em relação à incompetência relacional e cognitiva (Fator 1)

Quadro 12 – Caracterização da amostra em relação à dependência física e emocional e antiquado (Fator 2)

Quadro 13 - Caracterização da amostra em relação à maturidade relacional e cognitiva

Quadro 14 - Caracterização do Idadismo na amostra

Quadro 15 – Relação entre idadismo e idade

Quadro 16 – Relação entre idadismo e sexo

Quadro 17 – Relação entre idadismo e experiência de trabalho com idosos

Quadro 18 – Relação entre idadismo e os anos de experiência

Introdução

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999, p. 49), “qualquer pessoa que quer compreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”.

De acordo com os censos Portugueses 2011, a população idosa supera a população jovem devido essencialmente ao aumento da esperança de vida e diminuição da taxa de natalidade. O fato de viver mais tempo torna as pessoas mais vulneráveis ao desenvolvimento de patologias e, assim, à possibilidade de dependência de terceiros (Rodrigues, 2011). Face a este acontecimento ascendente torna-se uma preocupação emergente a integração do idoso na sociedade e a responsabilização dos profissionais de saúde na orientação desta temática e na prevenção de atitudes preconceituosas (Rodrigues, 2011).

A imagem absoluta do envelhecimento constitui uma preocupação especial, cujas respostas não podem ser dissociadas de todo um enquadramento social, económico, familiar, geográfico, habitacional, psicológico em que o idoso está inserido (Rodrigues, 2011).

Tendo a minha carreira profissional contemplado maioritariamente um Serviço de Internamento de Medicina Interna, cada vez mais constato que maioritariamente os doentes internados são pessoas com mais de 65 anos. O pilar diário da minha intervenção passa por prestar cuidados na prevenção de doença, de tratamento clínico e de envolvimento humano deste grupo etário.

Sendo o Serviço de Medicina um local de estágio de obrigatoriedade curricular, diariamente passam alunos de enfermagem neste contexto de prática clínica. Surge então a necessidade de compreender qual a perceção dos estudantes de enfermagem face ao envelhecimento.

O processo de socialização na profissão contribui de forma determinante para a produção de uma identidade profissional (Abreu, 2001). Este processo de configuração identitária de enfermagem deve ser compreendido à luz dos processos de mudança social global (Abreu, 2001).

Do ponto de vista de quem aprende, é aí que estão verdadeiramente as situações de aprendizagem que implicam uma aplicação de saberes previamente adquiridos (Serra, 2008). É através do contato direto com a realidade que surge a aprendizagem pela experiência, a conceptualização e juízos pré-concebidos perante processos e acontecimentos.

Neste contexto foram delineados os seguintes objetivos de estudo:

- 1) Conhecer o idadismo de estudantes de enfermagem do Norte de Portugal;
- 2) Explorar a relação entre idadismo e idade;
- 3) Explorar a relação entre idadismo e sexo;
- 4) Explorar a relação entre idadismo e experiência de trabalho com idosos;
- 5) Explorar a relação entre idadismo e duração de experiência da trabalho com idosos.

Com estes objetivos em mente, o presente estudo foi realizado ao longo do ano de 2013, contando com a colaboração de 78 estudantes de enfermagem a estudar no Porto, a quem foi aplicado um questionário sócio-demográfico e a Escala de Imagens da Velhice “ImAges” (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

A integrante deste trabalho pretende elucidar o leitor de todos os conceitos e ideias considerados fulcrais para o entendimento da

problemática deste estudo. Tentou-se estruturar o mesmo de modo coerente, seguindo a ordem lógica de um processo de investigação.

A elaboração desta dissertação apresentou-se como um grande desafio para a autora, que não sentiu dificuldade em definir o tema que pretendia tratar, pois trata-se de uma área pela qual demonstra bastante interesse.

A principal dificuldade foi delimitar o trabalho respeitante à fundamentação teórica, com a finalidade de sustentar a componente prática.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira é relativa ao enquadramento teórico e nela são abordados temas como envelhecimento, idadismo e o papel do estudante de enfermagem/enfermeiro no processo de envelhecimento; numa segunda parte consta a fase empírica que engloba o método, a análise dos dados e a discussão dos resultados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a responder aos objetivos formulados para esta dissertação, foi considerado pertinente abordar no enquadramento teórico temas como o envelhecimento, o idadismo e o papel do estudante/enfermeiro no processo de envelhecimento.

A dificuldade prendeu-se com a conotação de que o termo idadismo é ainda pouco utilizado e estudado e encaminha para termos como racismo, e violência, não sendo este o caminho do investigador de forma a não dispersar e atingir os objetivos inicialmente propostos para esta dissertação.

Ao longo da pesquisa bibliográfica, nas bases de dados Scielo, Google Académico, RCAAP, EBSCO, com os termos booleanos¹ Envelhecimento, idadismo em Portugal, idosos, alunos do ensino superior, discriminação, estereótipos e Ageism, surgiram vários artigos, teses, trabalhos académicos, contudo, nem todos respondiam aos objetivos delineados. Na base EBSCO, com o termo booleano Ageism, foram encontrados cerca de seis mil artigos, no entanto, a dificuldade de encontrar relação entre os objetivos desses mesmos artigos e desta dissertação manteve-se.

¹ Foram utilizados termos sinónimos: idoso/velho; estudante/aluno; marginalização/discriminação.

1.1. O ENVELHECIMENTO: CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Etimologicamente, a palavra envelhecimento segundo Vieira (1994), provém do latim “veclus, vetulum” – velho, cujo sufixo “mento” designa ação, significando literalmente, a ação de envelhecer, avançar mais na idade física ou de aparentar velhice ou antiguidade.

“O envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é única, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo as dimensões biológicas, sociais, e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afecta e é afectada” (Sequeira, 2007, p. 43).

“O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida” (Sequeira, 2007, p. 31).

De acordo com Paúl e Fonseca (2005), o envelhecimento e a velhice levam a preocupação e reflexão, desde épocas bem longínquas, perante a ambição pela eternidade e perplexidade face ao sofrimento e a morte. Agreda (1999, p.25) afirma que “cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou

negativamente, o qual depende do modelo do homem ideal que impera em cada momento”.

Na Era Orígene, a luta permanente do Ser Humano pela sobrevivência, procurando alimento, sobrevivendo à fome, aos ataques dos animais, às lutas entre si, tornava reduzida a expectativa de se viver por muito tempo (Agreda, 1999; Caldas, 2006; Netto, 2002; Paúl & Fonseca, 2005; Quaresma, 2009; Ribeiro, 2007). Atingir a idade adulta avançada era sinónimo de ser protegido por entidades divinas, sendo considerado um motivo de grande orgulho pela família (Agreda, 1999; Caldas, 2006; Netto, 2002; Paúl & Fonseca, 2005; Quaresma, 2009; Ribeiro, 2007). Em culturas tribais (como os Aztecas e os Maias da América Latina), a população idosa era observada com elevada consideração e respeito, com conhecimentos, experiências, curandeiros, ou chefes de tribos e famílias, sendo que contrariamente noutras tribos Norte-Americanas os idosos eram vistos como um fardo, sendo maltratados e abandonados, devido à sua fraqueza física (Agreda, 1999; Caldas, 2006; Netto, 2002; Paúl & Fonseca, 2005; Quaresma, 2009; Ribeiro, 2007).

Agreda (1999, p.30) publica no seu trabalho uma descrição realizada por um idoso escriba egípcio, do ano 2450 a.c: *“que triste é o fim de um velho! Cada dia fica mais débil; sua vista diminui, seus ouvidos ficam*

surdos; sua força diminui; seu coração já não descansa; sua boca volta-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e é-lhe impossível lembrar hoje o que aconteceu ontem. Todos seus ossos têm dores. As ocupações que realizava não há muito tempo, com prazer, só as realiza com dificuldade e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior das desgraças que podem atingir um homem.”

Na Grécia Antiga, nem os Deuses nem os homens simpatizavam com os idosos sendo a velhice vista como fruto de maldições divinas, renegada, para incutir a beleza, a força e a juventude conduzindo o idoso ao desprezo, depreciação e ridicularização (Agreda, 1999). Com o declínio desta cultura surgiu o Império Romano em que o idoso ganhou importância devido à sua experiência, considerando-se os 80 anos a idade intelectual de maior exponencial. (Agreda, 1999).

A Igreja desprezava o idoso, defendendo que este deveria preparar-se para a morte e para a sua alma, representava uma imagem do pecado; um mal que vem do castigo divino pelos pecados do Homem (Agreda, 1999).

A partir da segunda metade do séc. XX surgiu o envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos, ganhando superioridade nos países em desenvolvimento, sendo definido pelo aumento das pessoas idosas na

população total, em relação à população jovem e/ou da população activa definido (Nazareth, 2009). A transição demográfica revelou-se um fenómeno social vigente com consequências sociais e económicas e com reflexões na saúde e bem-estar individual das pessoas (Nazareth, 2009).

Emerge, assim, a partir da segunda metade do séc. XX, a Gerontologia como disciplina, pela necessidade de investigar e responder a questões relacionadas com o envelhecimento humano, de conhecer o impacto deste fenómeno nas famílias, na economia dos países, na protecção social, no direito e nas práticas culturais (Quaresma, 2009).

De facto a população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura da nossa sociedade: a diminuição da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida e o declínio da fecundidade, que, conseqüentemente, provoca uma alteração e inversão da pirâmide etária: redução relativa na base e aumento da importância relativa dos mais idosos (Chau et al., 2012). Para além disso, verifica-se um aumento progressivo desta mesma população tanto em Portugal como a nível mundial; conseqüentemente, a sociedade tem-se debatido com novas formas de se adaptar e, simultaneamente, responder a este novo desafio sociodemográfico (Hansson & Stroebe, 2007).

Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, econmicas e culturais caracterizando-se esta evolução demográfica num passado recente por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem (Chau et al., 2012; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011; Stella, 2001). O efeito cumulativo da diminuo das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. (Chau et al., 2012; INE, 2011; Stella, 2001)

De acordo com os Censos 2011, a população residente em Portugal era de 10 561 614. Em consequência directa da estrutura demográfica do país, em 2011, o ndice de envelhecimento da população portuguesa agravou para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. O ndice de longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este ndice era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento da esperança média de vida reflecte bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas.

Em valores absolutos, a população idosa em Portugal aumentou mais de um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 2 022 504, em 2011, admitindo-se que em 2020 a população de 65 e mais anos seja superior a 2 200 000 (INE, 2011). Segundo os dados das Nações Unidas, para 2007, Portugal era o décimo país do mundo com maior percentagem de idosos e o décimo quarto com maior índice de envelhecimento (Chau et al., 2012).

Segundo Serrazina (1990, p. 35), “João Paulo II designa a velhice como um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”.

Todavia, o envelhecimento habitualmente é caracterizado por um tempo de diminuição física e de dificuldades adaptativas (Hansson & Stroebe, 2007). Viver por mais tempo implica envelhecer, contudo maior longevidade não é sinónimo de fatalismo ou ameaça; é uma vitória da humanidade e uma oportunidade de contributo das pessoas mais velhas (Governo Portugal, 2012). O envelhecimento é descrito como um processo contínuo e temporal, que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa; tal como a infância, a adolescência e a

maturidade, este é marcado por mudanças bio-psico-sociais específicas (Berger et al, 1995; Ministério da Saúde, 2004; Sequeira, 2007; Vieira, 1996). É um fenómeno normal, progressivo, irreversível e universal, na medida em que é intrínseco a todo o ser humano, acompanhando-o inevitavelmente no decorrer da sua existência (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Os indivíduos diversificam-se cada vez mais ao longo da sua vida, sendo que esta heterogeneidade deve-se à intersecção de inúmeras variáveis, intrínsecas e extrínsecas, tais como, variáveis biológicas, culturais, cognitivas, sociais, emocionais e história de vida (Fonseca, 2007). Enquanto uns indivíduos concretizam um envelhecimento bem-sucedido, outros têm um elevado nível de incapacidade, principalmente devido a doenças (Fontaine, 2000; Paúl et al., 2005). Naquele tipo de envelhecimento, o ideal, os indivíduos evidenciam uma postura activa, de envolvimento na vida e de procura do bem-estar (Silva, 2005).

Segundo Fernández-Ballesteros (2000), o processo de envelhecimento pode apresentar dois resultados: o envelhecimento normal e o envelhecimento patológico.

Denomina-se de envelhecimento normal quando ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e sociais, inevitáveis ao longo do tempo; é um processo intrínseco ao organismo, o qual abrange todos os idosos com alterações estruturais e funcionais decorrentes da idade, não alterando a sua capacidade de adaptação. (Llera, 2001). A senescência enquadra alterações universais, progressivas, irreversíveis nos seres humanos, nos quais a doença pode não estar presente (Llera, 2001). Têm lugar nas dimensões de natureza biológica e psicológica do indivíduo e implicam a ausência de patologias físicas ou psicológicas incapacitantes (Birren & Schroots, 1996; García, 1999; Montorio & Izal, 1999; Stuart-Hamilton, 2002). Este tipo de envelhecimento é afectado pela acção do tempo no organismo e pelo estilo de vida de cada individuo (Vicent, 2006). Designado igualmente como envelhecimento primário, envolve parâmetros biológicos aceitáveis para cada fase do ciclo de vida (Vicent, 2006).

O envelhecimento é patológico quando é causado por mudanças potencializadas por doenças crónicas, senilidade, lesões e traumatismos, encontrando-se intimamente relacionado com factores extrínsecos e que podem alterar a capacidade de adaptação do indivíduo e aceleram o processo de envelhecimento normal (Birren & Schroots, 1996; Montorio & Izal, 1999; Stuart-Hamilton, 2002). Qualifica-se por alterações de maior

dimensão em relação às consideradas normais para determinada idade e com tendência a evoluir de forma mais rápida (Llera, 2001). Designado igualmente por envelhecimento secundário, surge quando as doenças alteram os parâmetros biológicos normais para cada faixa etária e a idade biológica do indivíduo é superior à sua idade cronológica (Llera, 2001).

Díspar do envelhecimento biológico (primário) ou patológico (secundário), existe o envelhecimento terminal (terciário), que implica alterações súbitas e prévias às mudanças normais das capacidades cognitivas e funcionais dos indivíduos (Birren & Schroots, 1996). Os parâmetros biológicos surgem totalmente modificados em relação aos normais para a idade, incidem principalmente na velhice, podendo ocorrer em qualquer altura da vida (e em geral na última fase das doenças terminais) (Birren & Schroots, 1996).

Spar e La Rue (2005, citado por Sequeira, 2010, p.20) referem que:

“compreender o envelhecimento normal é fundamental para o diagnóstico de demência. Por vezes, a separação entre envelhecimento normal e patológico é difícil, (...) atribuindo alguns défices ao envelhecimento normal, dificultando o diagnóstico precoce e atrasando o tratamento sintomatológico de algumas problemáticas.”

O termo idoso aplica-se a qualquer homem ou mulher com idade igual ou superior a 65 anos, pelo que a idade de reforma constitui uma referência para a velhice, ainda que de forma variável em função da profissão, país, sistema social, cultura, etc (Organização Mundial de Saúde 2010; Serrão, 2006; Spar & La Rue, 2005). São as alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas que indicam a chegada à velhice emergindo algumas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida para definir o envelhecimento (Sequeira, 2007).

A velhice não é só o resultado de um processo fisiológico de envelhecimento, como também é um produto social (Fontaine, 2000). Trata-se, assim, de uma categoria criada socialmente para definir o período em que o Homem fica fisicamente envelhecido, os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, pode-se falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000).

O conceito de envelhecimento foi sofrendo várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2007). Existem

três componentes de envelhecimento distintas, a biológica, a psicológica e a social (Schroots & Birren, 1980). Como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais; as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afecta e é afectada (Sequeira, 2007).

O *envelhecimento biológico*, também designado de senescência, caracteriza-se pelas alterações fisiológicas do indivíduo, desde o aparecimento de rugas à diminuição da capacidade de funcionamento dos órgãos (Fontaine, 2000). Verifica-se a diminuição da taxa metabólica, em consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo, bem como uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, levando assim ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch, & Katch, 1998).

Segundo Phipps et al. (2003, p.84) e Brunner et al. (1985, p.231), a pele e os músculos ficam com menor elasticidade, há um declínio da massa e força musculares e o funcionamento dos sistemas corporais lentifica. Por outro lado, constata-se uma diminuição da elasticidade cerebral em função da diminuição do fluxo sanguíneo o que implica alterações a nível das funções cognitivas como a memória, o pensamento, a linguagem, a

orientação, a personalidade, etc. Estas alterações podem estar na origem de uma síndrome demencial. A vulnerabilidade do organismo é notória na maior parte das vezes no envelhecimento.

De acordo com Zimerman (2000), existem alterações externas e internas sendo que as alterações externas, na imagem pessoal, são as mais visíveis com implicações psíquicas e sociais. Estas verificam-se a nível dermatológico, estético e músculo-esquelético Zimerman (2000).

Assim a *nível dermatológico*, observa-se o enrugamento da pele, rigidez, secura, descamação, associada à diminuição do colagénio e à diminuição da retenção de líquidos. Assoma ainda, flacidez, palidez e manchas escuras, denominadas de “manchas senis”, devido à diminuição da melanina, aumentando assim a suscetibilidade de aparecimento de úlceras de pressão e feridas.

A *nível estético*, vê-se a perda e/ou embranquecimento do cabelo, o endurecimento e lentidão no crescimento das unhas. Na face, sucedem alterações figurativas, devido à acentuação das proeminências ósseas, surgem pelos no nariz e nas orelhas, que aumentam perante o aumento do tecido cartilaginoso. A perda de dentes é outro factor importante, sendo que muitas vezes se recorre a próteses dentárias para minimizar a situação.

A *nível músculo-esquelético*, denota-se uma diminuição da estatura, devido ao desgaste da coluna e vértebras, criando um efeito de desproporção e o encurvamento cervical. Ocorre uma diminuição da capacidade funcional, da destreza manual e manutenção do equilíbrio que estão relacionadas com a perda de elasticidade e dores articulares e com perda de massa óssea e muscular, que leva à diminuição da força e vigor, influenciando a coordenação e amplitude dos movimentos aumentando a suscetibilidade a fraturas.

De acordo com o mesmo autor Zimerman (2000), as alterações internas ocorrem a nível sensorial, composição corporal, sistema gastrointestinal, sistema endócrino e metabólico, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema imunitário, sistema urinário e aparelho reprodutor.

A *nível sensorial* assiste-se a deterioração dos sentidos, que limitam a interação social e a capacidade de adaptação ao meio ambiente externo. Ocorre a perda da acuidade visual e a sua nitidez, com o frequente aparecimento de cataratas, glaucoma e deterioração da retina; dificuldade na adaptação à luz/escuridão; menor sensibilidade na distinção das cores e nos contrastes, dificultando a percepção da profundidade.

A audiçãõ diminui, derivado à degenerescência das células e nervos auditivo, que conduz a uma menor compreensão dos outros, que passam muitas vezes a considerar as pessoas idosas como velhas ou estúpidas, provocando situações de isolamento, insegurança e confusão.

No olfato, emergem alterações na acuidade e discriminação de cheiros derivado à diminuição dos receptores olfativos, que podem provocar falta de hábitos de higiene, pela diminuição de sensibilidade aos odores corporais, ou originar perigo, por exemplo, em situação de esquecimento /fuga de gás.

O paladar diminui, derivado à atrofia das papilas gustativa que condiciona o prazer de comer e saborear, sobretudo doces e salgados.

No tato, nota-se a atrofia cutânea e diminuição dos receptores tácteis, que mostram a diminuição da percepção dolorosa, do tacto, dos reflexos, da força, da agilidade e rapidez.

A nível da *composição corporal* confirma-se uma diminuição da massa muscular e da massa magra, substituída pela gordura e diminuição da concentração de água intracelular, sendo que os estados de desidratação podem surgir.

No *sistema gastrointestinal*, aparece atrofia e lentidão da digestão, em consequência do comprometimento da mastigação pela falta de dentes, a atrofia do tubo digestivo, a menor produção e resistência dos sucos digestivos, a perturbação de absorção e diminuição da mobilidade intestinal.

No *sistema endócrino e metabólico*, verifica-se a atrofia das glândulas hipófise e tireoide, a diminuição de tolerância à glicose e maior resistência à insulina.

No *sistema cardiovascular*, observa-se a diminuição da contractilidade cardíaca e rigidez das válvulas, bem como a redução do bombeamento sanguíneo em relação ao batimento cardíaco, circulando menos quantidade de sangue. Os vasos sanguíneos perdem elasticidade, tornando-se mais espessos, impedindo a circulação sanguínea, possibilitando uma maior acumulação de depósitos nas paredes, que ocasiona um aumento da pressão arterial sistólica.

No *sistema respiratório*, verifica-se rigidez e atrofia pulmonar, diminuição da capacidade vital pulmonar, aumento do volume residual, endurecimento e calcificação das cartilagens da caixa torácica, traqueia e

brônquios, aumentando o risco de infecções respiratórias, por ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica.

No *sistema imunitário*, verifica-se o aumento da probabilidade de infecções.

No *aparelho urinário*, presencia-se a diminuição do tamanho dos rins e da elasticidade da bexiga e esvaziamento completo, a diminuição da concentração de sódio, aumentando os riscos de desidratação e o aparecimento de edemas, hipertensão e incontinência urinária.

No *aparelho reprodutor*, observam-se alterações com diminuição da libido em consequência da diminuição das hormonas sexuais. No homem, verifica-se a hipertrofia da próstata, a diminuição da ejaculação e dificuldade na ereção. A mulher termina a sua capacidade reprodutora, sentindo fadiga, enxaquecas, estados depressivos; verifica-se uma diminuição do tamanho do útero e atrofia da mucosa vaginal, dificultando o ato sexual e tornando a resposta sexual mais lenta.

Sendo o envelhecimento um processo dinâmico e complexo, as alterações corporais no idoso têm repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes, actividade intelectual, motivações e

comportamentos (Fontaine, 2000; Sequeira, 2007). Do ponto de vista psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, de forma a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento (Sequeira, 2007).

O envelhecimento psicológico depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida que se caracteriza pelas alterações associadas ao aspecto intelectual e à história de vida do indivíduo, e pela capacidade de auto-regulação (Atchley & Barusch, 2004; Cox, 2006; Filho, 1996; Garcia, 1999; McPherson, 1990; Novoa et al., 2001; Schroots & Birren, 1980). O envelhecimento apresenta também uma variedade de alterações cognitivas que quando não compensadas com outros mecanismos interferem na globalidade das funções do idoso, destacando-se as alterações no processamento da informação e a memória (Park, 1999).

Na sociedade atual, o envelhecimento está também associado a alterações significativas na participação ativa do idoso (Figueiredo, 2012; Sequeira, 2007). Nesta fase do ciclo vital, o idoso é alvo de alterações, de forma substancial, tanto a nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional, como a nível do estatuto social (Figueiredo, 2012; Sequeira, 2007).

O *envelhecimento social* caracteriza-se assim, pela adaptação do padrão de interacção entre o ciclo de vida do indivíduo e a estrutura social em que está inserido (Atchley & Barusch, 2004; Cox, 2006; Filho, 1996; Garcia, 1999; McPherson, 1990; Novoa et al., 2001; Schroots & Birren, 1980)., citados por Cerqueira, 2010).

O idoso tende a participar em redes sociais mais restritas e diminuir os contactos inter-sociais; contudo, apesar de integrar uma rede social mais pequena, este é socialmente mais activo, preferencialmente com a família e com o grupo de amigos íntimos (Paúl, 2005).

Verifica-se que a interacção social fica em muitos casos comprometida quando o idoso está dependente de terceira pessoa, sendo que a diminuição das capacidades cognitiva e funcional constituem um obstáculo à manutenção dos contactos sociais (Paúl, 2005). Com o envelhecimento, as redes sociais também se vão alterando e algumas pessoas significativas vão desaparecendo, pelo que se torna necessário reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, contributos essenciais para a saúde mental e a satisfação com a vida do idoso (Paúl, 2005). De facto, a participação e o envolvimento em papéis sociais são determinantes para um envelhecimento bem sucedido (Sequeira, 2007).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2000), envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui um desafio à responsabilidade individual e colectiva. Cada pessoa tem o dever de participar no processo de envelhecimento social, a partir de opiniões, gestos e atitudes.

Existem três grandes abordagens teóricas na procura da descrição dos três diferentes padrões no processo de envelhecimento. Cada uma tenta explicar, globalmente, as mudanças que ocorrem no ser humano, à luz do ângulo biológico, psicológico ou social.

De acordo com Berger (1995), no âmbito do envelhecimento biológico deve fazer-se referência a seis teorias, que explicam o envelhecimento conforme se verifica no Quadro 1.

Quadro 1 – Teorias Biológicas do Envelhecimento (Berger, 1995)

Denominação	Caracterização
Teoria imunológica	Refere que o sistema imunitário parece não conseguir distinguir as células sãs do organismo dos corpos estranhos
Teoria genética	Refere que o envelhecimento é um processo contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, incluindo as fases da embriogénese, puberdade e maturação
Teoria do erro de síntese proteica	Defende que ocorrem alterações na molécula de ADN que alteram a função genética, levando à formação de proteínas incapazes de realizar a sua função
Teoria do desgaste	Refere que o organismo se deteriora com o constante uso
Teoria dos radicais livres	Defende que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células
Teoria neuro-endócrina	Refere que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico encontra-se relacionada com mudanças das funções neuro-endócrinas

De acordo com Eliopoulos (2005), no âmbito do envelhecimento psicossocial verificam-se as teorias de desengajamento do segmento idoso em relação à restante população, conforme se verifica no Quadro 2.

Quadro 2 – Teoria psicossocial do envelhecimento (Eliopoulos, 2005)

Denominação	Caracterização
<p>Teoria da Atividade (Havighurst & Albrecht, 1953)</p>	<p>O idoso deve manter-se ativo para obter maior satisfação na vida, conservando a sua saúde e mudando a sua auto-estima.</p> <p>A velhice bem sucedida presume a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados.</p> <p>É necessário a sociedade valorizar a idade e facilitar este processo.</p>
<p>Teoria da desinserção (Cumming & Henry, 1961)</p>	<p>O envelhecimento é um processo no qual a sociedade e o indivíduo se retiram ou desengajam, gradualmente, um do outro para satisfação e benefício mútuo.</p>
<p>Teoria da continuidade (Neugarten, 1968)</p>	<p>Relaciona as características peculiares de cada indivíduo ao longo da sua vida, com aquelas apresentadas na terceira idade. A personalidade e os padrões básicos de comportamento permanecem os mesmos na terceira idade.</p> <p>Esta teoria leva os jovens a considerarem que as suas atividades atuais são os alicerces para o seu uso no futuro na velhice.</p>

Viver mais tempo nem sempre significa viver com qualidade de vida, sendo comum unir uma perspectiva negativa ao envelhecimento (Marquez et al, 2009). O envelhecimento implica novos desafios e problemas a vários

níveis, nomeadamente sociais, económicos e individuais, sendo que os custos relacionados com a saúde, intrínsecos ao envelhecimento populacional, serão incomportáveis caso não se desenvolvam medidas eficazes para promover o envelhecimento bem-sucedido (Marquez et al, 2009).

A percepção e os valores do idoso variam de sociedade para sociedade sendo que nas sociedades ocidentais “(...) a valorização pessoal parece vinculada à capacidade física, força, vitalidade, beleza, virilidade (...)”; ao passo que em sociedades orientais, “(...) a velhice é objecto de adoração, uma vez que os jovens procuram os idosos em busca de conhecimento e experiência” (Araújo, 2005, p.229).

De acordo com Jimenez, (1997) o processo de percepção refere-se a um conjunto de estratégias utilizadas para adquirir, através dos sentidos, o conhecimento do próprio corpo e do mundo exterior que para além do fenómeno sensorial suporta a manutenção da atenção, o enfoque selectivo sobre um estímulo, a eliminação dos estímulos estranhos e o reconhecimento do estímulo. A percepção é considerada uma função psicológica que oferece, de forma imediata, uma representação fiel do meio ambiente onde o indivíduo está inserido podendo esta representação ser alterada pela concentração dedicada ao estímulo. (Jimenez, 1997).

Pode-se concluir que todos os indivíduos participam no processo de envelhecimento social, a partir das suas opiniões, gestos e atitudes. *“Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva (...)”* (Direção Geral de Saúde [DGS], 2000)

1.2. IDADISMO: UMA PERSPECTIVA DA SOCIEDADE

Na atualidade falar sobre a velhice é mais fácil, atendendo aos progressos da sociedade (Sequeira, 2007). Contudo, ainda é necessário acabar com os estigmas negativos veiculados por alguns segmentos da sociedade, deixando de se associar o envelhecimento apenas a doença e a incapacidades e considerar como um momento privilegiado da vida, com realização pessoal, satisfação e prazer (Sequeira, 2007).

Em 1969, Butler introduziu o conceito *ageism* (idadismo), definindo-o como um processo sistemático de estereotipagem e discriminação social negativa das pessoas idosas. Paralelamente, como a sociedade espera que as pessoas se comportem de forma adequada para a sua idade, espera-se que os idosos tenham essas características negativas (Palmore, 1999).

O idadismo traduz-se num preconceito ou numa forma de discriminação, contra ou a favor a um grupo etário (Palmore, 1999). Com o decorrer dos anos Butler reforça a definição de Idadismo como sendo caracterizado por atitudes preconceituosas e práticas discriminatórias para com as pessoas idosas, a velhice e o próprio processo de envelhecimento.

Em 1978, Butler afirma que este conceito tem três aspectos diferentes e inter-relacionados e assim a ideia de idadismo é vista de uma outra forma (Wilkinson & Ferraro, 2002):

- Atitudes preconceituosas para com as pessoas idosas, a velhice e o processo de envelhecimento (provenientes, também, de pessoas idosas);
- Práticas discriminatórias contra pessoas idosas;
- Políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre pessoas idosas, intervindo com uma (im)possível satisfação com a vida e diminuindo o seu sentido de dignidade.

Palmore (1999, citado por Ferreira-Alves & Novo, 2006) acredita que *ageism* constitui um “terceiro ismo” que, logo a seguir ao racismo e ao sexismo, representa um forte preconceito e discriminação contra uma categoria de pessoas. Neste caso, a discriminação poderá atingir virtualmente qualquer pessoa, pois, supostamente, qualquer pessoa pode atingir uma idade avançada.

Quando é associado com outros ismos, assume um efeito potencializador na discriminação como, por exemplo, se verifica na

discriminação social das mulheres velhas e negras (sexismo, idadismo e racismo) (Palmore, 1999).

O preconceito inclui discriminação que engloba atitudes e comportamentos negativos para com as pessoas idosas (Butler, 1969; Greenberg, Shimel, & Martens, 2002) e reúne a componente afectiva (atitudes), a cognitiva (estereótipos), a comportamental (discriminação e predisposição comportamental para evitar os mais velhos) e a institucional (American Psychological Association, 2005; Dovidio et al., 1996; Kite & Wagner, 2002; Neto, 1998; Schroots, 2003; Wilkinson & Ferraro, 2002).

O idadismo é visto não só pelos elementos negativos, mas também positivos - tanto contra como a favor de uma determinada faixa etária -, podendo ocorrer entre pessoas de diferentes idades, não se direccionando somente às pessoas mais velhas, como também pode provir das mais velhas em relação às mais novas. (Levy & Banaji, 2002; Hagestad & Uhlenberg, 2005; Neto, 2004; Palmore, 1999; Schroots, 2003).

Acrescenta-se outra dimensão, a sua natureza, em que se descreve idadismo tendo em conta não apenas elementos negativos, mas também positivos, tanto contra como a favor de uma determinada faixa etária,

podendo ocorrer entre pessoas de diferentes idades (Levy & Banaji, 2002; Hagestad & Uhlenberg, 2005; Neto, 2004; Palmore, 1999; Schroots, 2003).

Despontam duas novas características que levam a ver o conceito de uma forma multidimensional e de acordo com o Quadro 3, estas características envolvem valências negativas ou positivas, que podem ser direcionadas no sentido inverso, denominadas ideologia idadista e discriminação pela idade (McMullin & Marshall, 2001; Palmore, 1999).

Quadro 3 - Dimensões do Idadismo (Adaptado de McMullin & Marshall, 2001; Palmore, 1999)

<p>Ideologia Idadista</p>	<p>Abrange a presença de estereótipos, preconceitos e atitudes, todos negativos ou todos positivos em relação a uma determinada faixa etária, por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">- todos os idosos são senis ou são sábios;- todos os adolescentes são inconscientes ou todos estão na flor da idade;- todas as crianças ignoram o mundo e a vida ou a sua inocência é sempre encantadora.
<p>Discriminação pela Idade</p>	<p>Comportamentos desadequados com membros de uma faixa etária: exclusão ou inclusão, devido à idade cronológica, (ex. reforma compulsiva);</p> <p>Favorecimentos pela idade cronológica (ex : mais anos de trabalho na instituição e não pela competência no trabalho)</p>

De acordo com Allport (1954), os estereótipos são crenças exageradas que amparam as pessoas a simplificar as suas categorizações, haja ou não um fundo de verdade, e são fortalecidos pelos *mass media* e as suas funções podem ser individuais ou sociais. Nas sociedades ocidentais, a

ilusão de que o envelhecimento não pode ser evitado, o culto da juventude é cada vez mais reforçado e a velhice ganha estereótipos e preconceitos.

Na sociedade moderna, o estereótipo do envelhecimento é questionável, sendo que actualmente os idosos estão melhor preparados para um envelhecimento bem-sucedido e produtivo do que em qualquer outro período da história (Bloom & Canning, 2000 cit. por Olshanskym, Goldman, Yuhui, & Rowe, 2009). Os avanços na medicina e na gestão da doença crónica reforçam esta nova capacidade de gerir o envelhecimento, revelando-se uma perspectiva optimista a todos que querem continuar activos e no controlo das suas vidas por mais tempo, contrariamente às gerações passadas. Por outro lado, surgem as percepções e estereótipos em relação ao idoso (Bloom & Canning, 2000 cit. por Olshanskym, Goldman, Yuhui, & Rowe, 2009).

Os desafios do envelhecimento activo em Portugal são intensificados pela percepção social do idoso constituir um fardo para a sociedade (Sequeira, 2007). A glorificação da juventude, o desinteresse pela experiência e sabedoria dos idosos e a saliência do “gratificação instantânea” de muitos e, sobretudo, da comunicação social, constituem forças poderosas conservadoras, bloqueando as mudanças ao nível cultural e político, necessárias para o reforço duma sociedade coesa, justa e

solidária (Sequeira, 2007). Recusar os contributos dos muitos idosos, a todos os níveis, constitui um erro extravagante e de custo social, económico e financeiro elevado, num período de crise e num contexto europeu muito difícil, senão imprevisível (Sequeira, 2007).

O envelhecimento da população Portuguesa está a fazer com que surjam novos problemas sociais como a discriminação social através de comportamentos, atitudes, e preconceitos existentes nas interações diárias com pessoas idosas (Ferreira Alves & Novo, 2006).

De acordo com Neri (2005), atitudes de preconceito são derivadas de dois tipos de processos cognitivos: supergeneralização e supersimplificação que na velhice, aos idosos, são associados usualmente estereótipos negativos, os quais contribuem para a manutenção da percepção social negativa e homogênea que se tem acerca do envelhecimento.

A nível social, os idosos são identificados pelo termo velhismo, isto é, as imagens referentes à velhice. “A sociedade tem os idosos que cultivou e cada tipo de organização socioeconómica e cultural é responsável pelo e pela imagem do seus idosos” (Salgado, 2000, p. 47).

A sociedade criou uma imagem negativa do idoso que contribui também para o auto conceito e a auto-estima que estes têm de si mesmos, mas é importante que não se esqueça que os idosos são sábios aureolados, com uma experiência de vida rica (Sequeira, 2007).

Constitui um dever da sociedade em geral, e das organizações em particular, contribuir para a dignidade do idoso, para que a velhice seja vivida com bem-estar e que idoso seja sinónimo de sabedoria/conhecimento, devendo ser um pessoa de referência. (Sequeira, 2007).

Como enfermeiro de um Serviço de Medicina Interna e como já anteriormente foi referido que maioritariamente os doente internados são idosos, o enfermeiros tem um papel preponderante com os jovens/enfermeiros para clarificar e desmistificar os conceitos de envelhecimento e idadismo.

1.3. O PAPEL DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM/ENFERMEIRO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos (Chau et al, 2012 p.19).

A OMS define qualidade de vida como um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio (Telle-Correia et al, 2010).

A qualidade de vida compreende um alargado espectro de áreas da vida. Estes modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objectivos pessoais, a alegria, o sentido positivo de si influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento. (Sousa et al, 2003).

A dependência é um aspeto que pode afectar os idosos, quer a nível psicológico, social, capacidade de decisão e controlo da sua vida, mantendo uma voz ativa no seio da comunidade e família; por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico (Figueira, 2010).

É importante o papel das famílias, da comunidade e dos poderes públicos locais, regionais e nacionais, numa perspectiva de conciliação e de identificação das necessidades intrínsecas de cada sénior. Múltiplos princípios encontram-se em jogo, nomeadamente, a dignidade das pessoas, a subsidiariedade, a proximidade dos serviços à população alvo, a coesão social e local, a solidariedade e a economia (Figueira, 2010).

A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e o apoio formal/informal ao nível da assistência são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade do idoso sendo extremamente importante promover esta etapa da vida enquanto período com memórias felizes, em resultado da sensação de bem-estar, apesar das limitações circunstanciais que possam existir (Sequeira, 2007).

A promoção da saúde, funcionalidade do idoso e as relações interpessoais entre os profissionais e idosos tornam o trabalho em saúde

diferenciado, tendo o enfermeiro tem aqui um papel relevante na medida em que deve reforçar ou ajudar o idoso a encontrar um projecto/significado de vida, direccionando a atençãõ do mesmo para a valorizaçãõ dos elementos significativos em articulaçãõ com os agentes familiares, sociais, comunitários e institucionais (Serqueira, 2007).

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), encontram-se nos enfermeiros atitudes que estãõ diretamente ligadas ao envelhecimento: realista; negaçãõ dos efeitos do envelhecimento; ansiedade relativamente à velhice; distãncia social relativamente aos idosos; aumento do sentido das responsabilidades face aos idosos; maior responsabilidade social do que individual; presença de estereótipos ou de preconceitos favoráveis. Estas atitudes, positivas ou negativas, vãõ influenciar os comportamentos e as relações entre os enfermeiros e os idosos. De entre as atitudes positivas, há o respeito, a reciprocidade, a confiança.

“A experiencia de “ser aluno” determina um estatuto transitório, na medida em que a escola é vivida muitas vezes como uma antevisãõ e preparaçãõ para o futuro e nãõ como o presente em si mesmo. Ainda assim, ser aluno compreende o desenvolvimento ao longo da vida escolar, de um saber agir específico e complexo que conotam esta atividade com um *oficio*, constringido por uma série de elementos, determinando uma

condição estudante, condição esta caraterizada por uma grande heterogeneidade de experiências” (Coulon, 2005; Perrenoud, 1995; Felouzis,2001 citados por Serra, M. 2008, p. 73)

De acordo com Motta & Aguiar (2006), “profissionais recém-ingressos das faculdades não dispõem de competências mínimas para operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos, o que implicaria, entre outros fatores, na identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência, na utilização de medidas preventivas e de suporte, e na prática do trabalho em equipa”.

Serra, (2008) alista a enfermagem num quadro de “profissões de relação”; o currículo da licenciatura compreende necessariamente uma forte componente de dimensões quer na área da relação interpessoal, quer na relação intrapessoal, num período teórico ou num período prático, de confronto real com os utentes. Segundo o mesmo autor, “é absolutamente central para a compreensão da experiência vivida pelos estudantes de Enfermagem, considerar o trabalho emocional realizado por estes durante o curso, num *continuum* de experiências emocionalmente intensas que percorre todo o ciclo de vida humano, podendo-se destacar a título de

exemplo, e pelas suas especificidades, os momentos do nascimento e da morte, ou de sofrimento intenso.

Verifica-se que pelo aumento da esperança de vida e o crescimento da população envelhecida, torna-se necessário criar planos individuais e coletivos entre enfermeiros.

O envelhecimento deve ser pensado numa perspectiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005).

Todavia, ainda há relativamente pouco tempo Keller, Makipaa e Kalache (2002, citado por Motta & Aguiar, 2006) referem que, num estudo feito pela OMS mostrou que, mesmo em países com rápido processo de envelhecimento, a inserção da Geriatria no currículo médico e de enfermagem ainda não aparecia como prioridade.

De acordo com o mesmo autor, Motta e Aguiar (2006) “Os benefícios da diversificação de cenários na formação de profissionais capazes de atuar junto ao processo de envelhecimento e com idosos incluem a potencial redução dos preconceitos, pela facilidade de contato com idosos saudáveis,

e também o enfrentamento do processo de envelhecimento do próprio profissional de saúde. O desenvolvimento precoce do trabalho em equipa e a inserção do aluno em atividades com responsabilidade crescente reforça a compreensão da importância de cada profissional na construção da integralidade na atenção à saúde.”

Segundo Abreu, (s.d.) “o envelhecimento demográfico Europeu impõe a adaptação dos conteúdos programáticos no curso de enfermagem à população idosa. Os dados disponíveis apontam para a progressão dos fenómenos do envelhecimento e assim constituem um desafio e uma oportunidade da sociedade Portuguesa para enfrentar e encontrar respostas que garantam uma sociedade inclusiva para todos.” A imagem que o estudante de enfermagem possui de si no futuro de reflexo na forma como percebe e interage e presta cuidados às pessoas idosas (Abreu, s.d.)

No contexto das consequências e desafios que a maior longevidade acarreta, a OMS adoptou, no final dos anos 90, o paradigma *Envelhecimento Activo*, entendido como “um processo de cidadania plena, em que se optimizam oportunidades de participação, segurança e uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Sai-se de uma visão reactiva, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-activa que reconhece a pessoa

como um elemento capaz de provocar mudanças positivas das sociedades. Neste sentido, o envelhecimento activo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos, no combate à exclusão social e à discriminação e na promoção da igualdade entre homens e mulheres e da solidariedade entre as gerações” (Governo Portugal, 2012).

Em conclusão, e de acordo com Jacob e Fernandes (2011), o envelhecimento ativo pode ser considerado como o produto de um processo de adaptação que ocorre ao longo da vida, através de qual se goza de um óptimo funcionamento físico (incluindo a saúde), cognitivo, emocional, motivacional e social sendo que, a promoção do envelhecimento implica, deste modo, a optimização destas condições por intermédio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e sócio-ambientais.

O imperativo ético é tornar o envelhecimento mais digno e saudável (Assis, 2004) e igual para todos.

Apostar na informação/educação de alunos de enfermagem e enfermeiros, desprenderá nos não idosos e nos enfermeiros vivências da velhice dos outros e da sua futura velhice.

CAPÍTULO II - FASE EMPÍRICA

ii.i Desenho, objetivos e variáveis da investigação

Este estudo foi delineado para ser do tipo descritivo-correlacional com recurso à técnica de análise quantitativa.

Esta decisão teve como fundamento as palavras de Fortin (1999, p. 137), que caracteriza assim o estudo descritivo:

“ o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”

Através da análise descritiva, procurou-se identificar as imagens, enquanto dimensão edificante das representações sociais, que os alunos possuem sobre a velhice, aplicando para o efeito a Escala de Imagens da Velhice “ImAges” de (Sousa, Cerqueira e Galante,2002).

Tendo em consideração a literatura revista, cuja síntese se acabou de apresentar, e a experiência profissional da investigadora, foram delineados os seguintes objetivos do estudo:

- 1) Conhecer o idadismo de estudantes de enfermagem do Norte de Portugal;
- 2) Explorar a relação entre idadismo e idade;
- 3) Explorar a relação entre idadismo e sexo;
- 4) Explorar a relação entre idadismo e experiência de trabalho com idosos;
- 5) Explorar a relação entre idadismo e duração da experiência de trabalho com idosos.

No presente estudo a variável principal corresponde o idadismo de estudantes de enfermagem e as variáveis secundárias são: a idade, sexo, estado civil, escolaridade, experiência de trabalho com idosos e sua duração.

ii.ii. Método²

ii.ii.i. População e amostra

Entende-se por população alvo o “conjunto da pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 373). Contudo como o estudo da população alvo na sua totalidade é dificilmente exequível, analisa-se a população acessível, sendo esta, a parte da população alvo a que se tem acesso (Fortin, 2009).

A população alvo do presente estudo são a totalidade dos alunos inscritos no ano letivo de 2013/2014 em Enfermagem no Porto.

A amostragem foi realizada por conveniência, dado que foram inquiridos os alunos presentes num determinado espaço e tempo.

Assim, a amostra do presente estudo é constituído por 78 estudantes de Enfermagem do Porto.

² Por questões éticas e indicação da orientadora, uma cópia das autorizações obtidas e um exemplar do protocolo de avaliação utilizado serão facultados em dossier separado, apenas aos membros do júri da presente Dissertação de Mestrado.

A maioria era do sexo feminino (conforme Quadro 4) e solteiro (conforme Quadro 5), sendo “apenas” estudantes (conforma Quadro 7) e sem experiência de trabalho com idosos (conforme Quadro 8).

Quadro 4 - Distribuição dos alunos segundo o gênero

Sexo		
	Frequência	Porcentagem
Masculino	23	29,5
Feminino	55	70,5
Total	78	

Quadro 5 - Distribuição dos alunos segundo o estado civil

Estado civil		
	Frequência	Porcentagem
Solteiro	70	89,7
União de Facto	4	5,1
Casado (a)	2	2,6
Divorciado (a)	2	2,6
Total	78	100,0

Quadro 7 - Distribuição dos alunos segundo a profissão

Profissão		
	Frequência	Porcentagem
Estudante	68	87,2
Trabalhador - estudante	10	12,8
Total	78	100,0

Quadro 8 - Distribuição dos alunos segundo experiência de trabalho com idosos

Experiência de Trabalho				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Sim	31	39,7	39,7	39,7
Não	47	60,3	60,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

As suas idades oscilavam entre os 18 anos e os 52 anos (conforme Quadro 6) e a duração da sua experiência de trabalho com idosos entre 1 e os 10 anos (conforme Quadro 9 e 10).

Quadro 6 - Distribuição dos alunos segundo a faixa etária

Idade					
Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	78	18	52	23,31	5,525

Quadro 10 Caracterização da amostra em função dos anos de experiência de trabalho e anos de experiência com idosos.

Experiência de trabalho e anos de experiência de trabalho					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Anos de experiência de trabalho	78	0	10	1,12	1,954

Quadro 9 - Distribuição dos alunos segundo anos de experiência de trabalho com idosos

Anos de Experiência				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem cumulativa
0	47	60,3	60,3	60,3
1	10	12,8	12,8	73,1
2	10	12,8	12,8	85,9
3	1	1,3	1,3	87,2
4	6	7,7	7,7	94,9
6	2	2,6	2,6	97,4
8	1	1,3	1,3	98,7
10	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Dado a dispersão das respostas relativas à profissão optou-se por criar dois grupos: estudantes e trabalhadores estudantes.

É de destacar que, em relação à experiência de trabalho na área de gerontologia 20 inquiridos tinham 1 a 2 anos de experiência e 1 inquirido 10 anos.

Em relação a um dos objetivos inicialmente formulados – explorar a relação entre idadismo e escolaridade, as respostas não foram validadas para efeitos de análise estatística pelo facto de não ter sido bem explícito para os inquiridos o teor da pergunta, ou seja, quanto aos anos escolaridade.

Assim, a amostra do presente estudo é constituída por 78 estudantes de Enfermagem do Porto.

ii.ii.ii. Instrumento de colheita de dados

O questionário utilizado incluía, primeira parte, desenvolvida para o efeito com itens sócio-demográficos, e a segunda sobre idadismo foi feita através da escala ImAges, Escala de Imagens da Velhice (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004).

A colheita de dados aplicada por Sousa, Cerqueira e Galante através da escala ImAges, Escala de Imagens da Velhice (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004) demonstrou uma boa consistência interna tendo sido um instrumento desenvolvido para a população Portuguesa.

Esta escala inicial era composta por 146 itens, que foram depurados em duas fases (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004). Verificou-se se existiam itens que indicassem a mesma ideia ou aqueles que não eram compreensíveis, sendo estes eliminados ou agregados, resultando, assim, uma escala de 86 itens. Posteriormente, esta nova escala foi sujeita a análise de componentes principais destinada a testar a

dimensionalização, levando à remoção de uma quantidade substancial de itens, tendo-se chegado a uma escala de 32 itens.

Por fim, estudou-se a estrutura fatorial da escala. Os 32 itens foram submetidos a análise em componentes principais.

De acordo com Lopes et al. (2012), a escala ImAges foi desenvolvida por Sousa et al. (2008) para a população Portuguesa, com a finalidade de caracterizar a percepção do idadismo em diferentes grupos etários. A escala tinha 32 itens agrupados em quatro fatores: 1 - Incompetência relacional e cognitiva, 2 - Dependência física e emocional e antiquado, 3 - Maturidade relacional e cognitiva. De acordo com Lopes, et al. (2012), a consistência interna da escala ImAges produziu um alfa global de 0,80. De acordo com DeVellis (1991 citado por Lopes et al. (2012). $\alpha = 0,38$, o que é considerado inválido para a análise dos dados, por conseguinte este fator 4 não foi analisado tornando-se irrelevante para o modelo.

De acordo com Sousa, Cerqueira e Galante (2004) Os fatores são:

Fator 1 – Incompetência relacional e cognitiva (itens 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 25 e 31). Este factor compromete a interação com os

outros, fazendo sobressair a ideia de que uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa, triste, amargurada e que já não sente as emoções como antes, não admite os seus erros, tem um discurso incoerente, é egoístas, pouco criativa, parada, preguiçosa, inútil e que já não tem interesse para os mais novos, levando os inquiridos a conceptualizarem a pessoa como velha e inábil em termos cognitivos. A ideia de pobreza e de doença acompanha a existência de condições externas que limitam recursos e capacidades na interação com os outros;

Fator 2 – Dependência física e emocional e antiquado (itens 4, 6, 18, 19, 21, 22, 23). Pelo aumento da solidão, o surgimento da deterioração física e de doenças, e a proximidade da morte a uma fase difícil da vida, este factor traduz a ideia da necessidade de mais repouso, atenção e paciência por parte dos outros. A pessoa velha e antiquada, vive imersa no passado, não acompanha a evolução social, ao não dominar as novas tecnologias, e o seu contributo teve lugar no passado; são itens que traduzem dependência dos outros na ajuda em termos de saúde ou emocionais, ou utilização das ferramentas da atual sociedade, à qual não houve uma adaptação;

Fator 3 – Maturidade relacional e cognitiva (itens 24, 26, 27, 28, 29, 32). Este factor engloba a fase da vida em que se ganhou maturidade,

aproveitamento dos bons momentos, adaptação e bem-estar, onde há lugar para afectos, concretização das atividades do dia-a-dia e em que a pessoa se sente bem;

Fator 4 - Inutilidade, que descreve a velhice e a pessoa idosa como não tendo mais contribuição a dar (eliminado).

A escala de resposta é uma escala tipo Likert, em que os parâmetros vão de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004). Quando os inquiridos respondem 1, 2 ou 3 quer dizer que têm uma resposta positiva pois não concordam com as afirmações. Quando assinalam valores superiores a 3 quer dizer que concordam ou concordam totalmente que uma pessoa velha é egoísta, por exemplo, tendo por isso uma resposta negativa (Likert, 1932).

ii.ii.iii Procedimento

A investigadora, após obtenção da autorização da autora do instrumento de avaliação para a sua utilização no âmbito do presente estudo, apresentou o mesmo à Direção da sua Faculdade, que o encaminhou para a Comissão de Ética da UFP, tendo-se obtido as devidas autorizações. Posteriormente os docentes de Enfermagem foram

contactados (via e-mail) de modo a ser-lhes apresentado o estudo e solicitado a sua colaboração. Os questionários foram administrados pela investigadora em sala de aula, de forma coletiva, após a obtenção do consentimento informado oral.

Em investigação é relevante proteger os direitos e liberdades dos inquiridos.

No presente estudo, pretendo respeitar de forma incondicional os cinco direitos estabelecidos pelo Código de Ética de Nuremberg, desenvolvendo em relação a cada um deles, as respectivas premissas da seguinte forma:

Direito à autodeterminação – foi explicado aos participantes no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação. Nenhum meio foi utilizado para influenciar a sua decisão;

Direito à intimidade – o estudo pretendeu ser o menos invasivo possível, sendo protegido o anonimato ao longo do estudo, bem como durante a divulgação dos resultados;

Direito à confidencialidade – os resultados são apresentados de forma a que o participante tenha direito ao anonimato;

Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo – este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa;

Direito a um tratamento justo e equitativo – este direito refere-se à informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual foi solicitada a participação dos estudantes, bem como os métodos utilizados no estudo.

Assim, após consentimento livre e esclarecido os alunos responderam ao questionário.

Durante a recolha de dados, a população em estudo foi esclarecida quanto ao tipo de estudo, os objectivos e do tempo que iriam despende. Todos os elementos da amostra se mostraram voluntariosos, pelo que agradecemos a sua cooperação. Todos os princípios éticos foram respeitados.

Para a realização deste estudo, foi também, necessária a autorização da instituição.

ii.ii.iv Tratamento e análise de dados

Conforme Fortin (1996), a análise de dados refere-se “(...) *ao conjunto de métodos estatísticos que permitem a visualização, bem como clarificar e interpretar os dados colhidos próximo do sujeito.*”

Pretende-se analisar não apenas os *scores* obtidos, pelos sujeitos da amostra, para as variáveis em estudo, mas também verificar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objectivos que orientaram a presente investigação.

Recorreu-se ao teste t de Student ou teste U de Mann-Whitney para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais. (Fonseca, 2012)

No que se refere aos níveis de significância utilizados, consideram-se os resultados como: significativos sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos quando a probabilidade de erro for

inferior a 0,01; altamente significativos se a probabilidade de erro for inferior a 0,001 (Cowles & Davis, 2004).

Foi ainda calculado o coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar a relação entre duas variáveis quantitativas em estudo, considerando que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0,80; entre 0,40 e 0,80 a relação é considerada moderada, inferior a 0,40, a relação tende a ser vista como fraca (Poeschl, 2006). Ainda de acordo com Poeschl, (2006). ainda com este autor, a correlação é muito baixa quando o valor é inferior a 0,19; de 0,20 a 0,39, é baixa; entre 0,40 e 0,80 é considerada moderada; de 0,70 a 0,89 é elevada, e superior a 0,89 é considerada muito elevada.

Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância $p < 0,05$.

Para a análise estatística, procedeu-se ao processamento dos dados utilizando o Software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) 17.0, para o Windows.

ii.iii Análise e discussão dos resultados

No que se refere ao objetivo 1 – Conhecer o idadismo de estudantes de enfermagem do norte de Portugal, e de acordo com os factores 1, 2 e 3 do ImAges que abordam, respetivamente, a incompetência relacional e cognitiva, a dependência física e emocional e antiquado e a maturidade relacional e cognitiva, verificou-se que a visão dos estudantes sobre o idadismo é positiva.

Mais especificamente, verificou-se que em relação à incompetência relacional e cognitiva, ninguém deu respostas $>2,5$, indicadoras de negativismo (conforme Quadro 11).

Quadro 11 – Caracterização da amostra em relação à incompetência relacional e cognitiva (Fator 1)

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
1,00	5	6,4	6,4
1,08	5	6,4	12,8
1,17	5	6,4	19,2
1,25	4	5,1	24,4
1,33	5	6,4	30,8
1,42	8	10,3	41,0
1,50	4	5,1	46,2
1,58	3	3,8	50,0
1,67	6	7,7	57,7
1,75	7	9,0	66,7
1,83	4	5,1	71,8
1,92	4	5,1	76,9
2,00	5	6,4	83,3
2,08	4	5,1	88,5
2,17	4	5,1	93,6
2,25	2	2,6	96,2
2,33	2	2,6	98,7
2,50	1	1,3	100,0
Total	78	100,0	

Em relação à dependência física e emocional e antiquado verificou-se que 60,3% da amostra deu respostas positivas (conforme Quadro 12).

Quadro 12 – Caracterização da amostra em relação à dependência física e emocional e antiquado (Fator 2)

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem cumulativa
1,57	1	1,3	1,3
1,71	2	2,6	3,8
1,86	1	1,3	5,1
2,00	2	2,6	7,7
2,14	1	1,3	9,0
2,29	9	11,5	20,5
2,43	5	6,4	26,9
2,57	8	10,3	37,2
2,71	7	9,0	46,2
2,86	4	5,1	51,3
3,00	7	9,0	60,3
3,14	8	10,3	70,5
3,29	7	9,0	79,5
3,43	2	2,6	82,2
3,57	6	7,7	89,7
3,71	4	5,1	94,9
3,86	2	2,6	97,4
4,43	2	2,6	100,0
Total	78	100,0	

No que concerne a maturidade relacional e cognitiva, verificou-se que 19,2% da amostra apresentaram respostas que refletem uma atitude negativa (conforme Quadro 13).

Quadro 13 – Caracterização da amostra em relação à maturidade relacional e cognitiva

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
2,00	2	2,6	2,6
2,67	3	3,8	6,4
2,83	2	2,6	9,0
3,00	8	10,3	19,2
3,17	7	9,0	28,2
3,33	5	6,4	34,6
3,50	11	14,1	48,7
3,67	12	15,4	64,1
3,83	7	9,0	73,1
4,00	8	10,3	83,3
4,17	8	10,3	93,6
4,33	2	2,6	96,2
4,50	1	1,3	97,4
4,67	1	1,3	98,7
5,00	1	1,3	100
Total	78	100,0	

Globalmente os diferentes valores de medidas de dispersão é positivo.

(conforme Quadro 11)

Quadro 14 – Caracterização do Idadismo na amostra

	F1	F2	F3
Média	1,6143	2,8919	3,5641
Mediana	1,6250	2,8571	3,6667
Moda	1,42	2,29	3,67
Mínimo	1,00	1,57	2,00
Máximo	2,50	4,43	5,00
Desvio Padrão	0,39089	0,59736	0,54338
N	78	78	78

No que se refere ao objetivo 2 – Explorar a relação entre idadismo e idade, não há correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo. (conforme Quadro 15)

Quadro 15 – Relação entre idadismo e idade

		F1	F2	F3
Idade	Correlação de Pearson (r)	0,209	-0,172	0,004
	Sig. (2-tailed) (p)	0,066	0,132	0,971
	N	78	78	78

Relativamente ao objetivo 3 – explorar a relação entre idadismo e sexo, não há correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo. (conforme Quadro 16)

Quadro 16 – Relação entre idadismo e sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Média Percentagem	Soma Acumulativa
F1	Masculino	23	1,7138	,40188	45,48	1046,00
	Feminino	55	1,5727	,38224	37,00	2035,00
	Total	78				
F2	Masculino	23	2,8137	,65950	37,33	858,50
	Feminino	55	2,9247	,57265	40,41	2222,50
	Total	78				
F3	Masculino	23	3,5725	,55465	38,89	894,50
	Feminino	55	3,5606	,54373	39,75	2186,50
	Total	78				

Analisando o objetivo 3 – explorar a relação entre idadismo e experiência de trabalho com idosos, não há correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo. (conforme Quadro 17)

Quadro 17 – Relação entre idadismo e experiência de trabalho com idosos

Experiência de trabalho		N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p
F1	Sim	30	1,5806	,40382	-0,408	75	0,684
	Não	47	1,6170	,36765			
F2	Sim	30	2,9762	,62674	0,955	75	0,342
	Não	47	2,8419	,58466			
F3	Sim	30	3,5833	,58681	0,262	75	0,794
	Não	47	3,5496	,52580			

Relativamente ao objetivo 4 – explorar a relação entre idadismo e duração da experiência de trabalho, não há correlação linear estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo. (conforme Quadro 18)

Quadro 18 – Relação entre idadismo e os anos de experiência

Anos de experiência		F1	F2	F3
	r	-0,036	-0,011	-0,027
	p	0,755	0,921	0,811
	N	78	78	78

Os resultados demonstram que há globalmente uma visão positiva sobre o idadismo. Os inquiridos consideram que o idoso possui ainda um papel ativo na sociedade.

Conclusão

Tendo em consideração a revisão da literatura efetuada, confirma-se que a pessoa idosa e a velhice foram tidas em conta ao longo da história, constatando-se que uma das características que permanece é o que se denomina de idadismo, o preconceito e discriminação que ocorre entre indivíduo de diferentes idades em função dos anos que têm.

Como profissional de enfermagem que trabalha diariamente com idosos considero que o tema é pertinente e que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Verificou-se que a visão dos estudantes de enfermagem relativamente ao idadismo é positiva, não se tendo verificado relação estatisticamente significativa entre idadismo e as restantes variáveis em estudo, talvez pelo grupo ser relativamente homogéneo ao nível das respostas.

A dificuldade sentida ao longo da execução da dissertação foi a escassa bibliografia que fosse de encontro aos objetivos traçados, bem como referir a limitação em relação à escolaridade. Outra é o reduzido efetivo da amostra.

Conseqüentemente de futuro seria pertinente realizar um estudo comparativo com uma turma intergeracional para obter uma comparação entre jovens e idosos ao nível do idadismo, o que não foi possível por dificuldades várias que limitaram o acesso à amostra idosa selecionada (turma da Universidade Sénior).

Considera-se que a visão positiva sobre o idadismo por parte dos alunos de enfermagem inquiridos pode estar relacionada com os conhecimentos adquiridos e transmitidos ao longo da sua formação. De futuro, seria pertinente transpor este estudo para jovens sem formação na área da saúde.

Adicionalmente, seria relevante desenvolver estratégias de intervenção que reduzissem o idadismo junto da minoria da amostra que o revelou, pois tal pode ter conseqüências negativas nas suas relações interpessoais e profissionais futuras. Seria também pertinente estudar o idadismo de profissionais de enfermagem e compará-lo com o de estudantes de enfermagem procurando identificar os correletos, preditores e conseqüências dos seus níveis de idadismo.

A elaboração desta dissertação contribuiu para o enriquecimento como enfermeira e como pessoa, pois consolidei conhecimentos e competências tornando-se desta forma uma experiência estimulante.

Referências Bibliográficas

Abreu, M. (s.d.). *Atitudes dos estudantes de enfermagem face ao envelhecimento*. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Projeto da UCP em desenvolvimento.

Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company.

American Psychological Association. (2004). *Guidelines for psychological practice with older adults*. *American Psychologist*, 59 (4). (pp.236- 260).

Agreda, J. (1999). Passado, presente e futuro da Enfermagem Gerontológica. *In: Manual: Sinais Vitais. (1999). Idoso: Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau.(pp.23-40).

Araújo, L. (2005) *Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da velhice*. *Revista de Humanidades*.

Berger, L. & Poirier, D., (1995) *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa, Lusodidacta, (pp. 1-66)

Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. *In: J. Birren, & K. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). San Diego: Academic Press. (pp. 323).

Brunner, L., Suddarth, D. (1985). Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5ª edição, Interamerica, Volume I, p.231p.233.

Butler, R. (1969) Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 9. (pp.243-246). *In: Magalhães, C. et al. (s.d) Revista Transdisciplinar de Gerontologia –Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. Universidade Sénior contemporânea. [Em linha] Disponível em http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2606/1/RTG_III_2.pdf [Consultado em 16/03/12].*

Chau, F *et alii.* (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Relatório Final. Lisboa. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa.

Cerqueira, M. (2010). *Imagens do Envelhecimento e da Velhice – Estudo da População Portuguesa*. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde.

Cowles, M., & Davis, C. (2004). On the origins of the level of the .05 level of statistical significance. *In: Kadzin, A. (Ed.), Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington: American Psychological Association, 3, 505-546.

DeVellis, R. F. (1991). Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: Sage Publications. *In: Lopes, M.; Afonso, R.; Cerqueira, M.; Pereira, H. (2012) Images of aging in Institutionalized and Non- Institutionalized Elderly People*. Psychology, Community & Health, Vol. 1(2), 189–200.

Direção Geral de Saúde (2000) Autocuidado na Saúde e na Doença. Guia para pessoas Idosas nº 1: Conservar-se em Forma em Idade Avançada. 3ª ED. Lisboa, EUROPRESS

Eliopoulos, C. (2005) *Enfermagem Gerontológica*. 5ª Edição. Porto Alegre: ArtMed.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ferreira Alves, J. e Novo, R. (2006). *Avaliação da Discriminação social de pessoas idosas em Portugal*. International Journal of Clinical and health Psychology. ISSN 1697-2600 2006, vol.6, N° 1, (pp. 65-77) [Em linha]. Disponível em http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-167.pdf [Consultado em 13/03/2012].

Figueira, A. R. (2010). *Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro. pp. 7-9.

Figueiredo, D. (2007) - *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Cadernos de Saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma: Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In: Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores pp. 45-73.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, S. (2012). *Capacidade para o trabalho dos enfermeiros relacionada com a idade*. Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Escola

Superior de Saúde de Viseu, 2º Curso de mestrado em enfermagem de reabilitação.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da conceção à realização*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.

García, M. J. (1999). El tabú de la vejez. *In: S. Yubero, J. Latorre, J. Montañes & E. Larrañaga (Coord.), Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de CastillaLa Mancha. pp. 149-182.

Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas

Gomes, I. (2002). *O Conceito de Parcerias no Processo de Cuidados de Enfermagem ao Doente Idoso: “ O Erro de Narciso”*. Dissertação de Mestrado em Comunicação de Saúde. Universidade Aberta de Lisboa.

Governo Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Ação*. [Em linha] Disponível em:

<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf> [Consultado em 16/06/13].

Hansson, R. & Stroebe, M. (2007). Integrating aging and bereavement in late life. In: R. O. Hansson, M. S. Stroebe (Eds.) *Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences*. Washington, DC US: American Psychological Association. pp. 153-172.

INE (2009) Projeções de população residente em Portugal 2008-2060 [Em Linha] Disponível em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cts=1331640126989&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D66023625%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=PjdfT6eKAsqu8QPz9vipBw&usg=AFQjCNHdGpDOKyhIMVgNtUbwbO8xcFuE2Q&sig2=K3eA9YN46DWw3HXDu8OxA [consultado em 13/03/2012].

Instituto Nacional de Estatística. (2010) *As pessoas – 2008* [Em Linha] Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=85095248&PUBLICACOESmodo=2 [consultado em 13/03/2012].

Instituto Nacional de Estatística. (2011) Censos – Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança. [Em Linha] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo%20ui=122103956&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2 [consultado em 13/03/2012].

Jacob, L. e Fernandes, H. (2011). Ideias para um envelhecimento ativo. Almeirim: Edição Rutis.

Jimenez, M. (1997). *A Psicologia da Percepção*, Biblioteca Básica da Ciência e Cultura, pp. 10-12.

Keller I, Makipaa A, Kalache A. (2002) Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. World Health Organization. In: Motta, L., Aguiar, A. (2006) *Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integridade, interdisciplinaridade e intersetorialidade*. Rio de Janeiro. Núcleo de Atenção ao Idoso,

Universidade Aberta da Terceira Idade, Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ Instituto de Medicina Social/UERJ. pp. 363-372.

Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older and young adults. *In: T. D. Nelson (Ed.), Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press. pp. 129-161.

Likert, R. (1932), "A Technique for the Measurement of Attitudes", *Archives of Psychology* 140. pp. 1-55.

Llera, F. (2001). Patología del envejecimiento. *In: J. Núñez, F. Llera & J. Casado (Eds.), Geriatria desde el principio*. Barcelona: Editorial Glosa. pp. 87-102.

Lopes, M.; Afonso, R.; Cerqueira, M.; Pereira, H. (2012) *Images of aging in Institutionalized and Non- Institutionalized Elderly People*. *Psychology, Community & Health*, Vol. 1(2), pp. 189–200.

Marquez, D.; Bustamante, E.; Blissmer, B. & Prohaska, T. (2009). *Health promotion for successful aging*. *American Journal of Lifestyle Medicine*. pp.12-19.

McCardle, W.; Katch, F.; Katch, V. (1998). *Fisiologia do exercício, energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

McConatha, J.; Hayta, V.; Riese-Danner, L.; McConatha, D. & Polat, T. (2004). *Turkish and U.S. attitudes toward aging*. *Educational Gerontology*, 30. pp. 169-183.

Minichiello, V.; Browne, J. & Kending, H. (2000). *Perceptions and consequences of ageism: views of older people*. Cambridge University Press, 20, 253-278. [Em Linha] Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FASO%2FASO20_03%2FS0144686X99007710a.pdf&code=8ae53df0606a1cc46798fcc5c0bfb3b2 [consultado em 13/03/2012].

Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Montorio, I., & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. In: M. Izal & I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis. pp. 33-66.

Mota, C. et al (2001). O Idoso na Sociedade Atual. E.S.E.B.B. 2º Curso
Complemento de formação em Enfermagem. Coimbra. Maio.

Nazareth, J. M. (2009). *Demografia: A ciência da População*. (3ª Ed.).
Lisboa: Editorial Presença.

Neto, F. (1992). *Estereótipos etários: Abordagem intercultural*.
Psychologica, 8. pp. 81-94.

Neto, F. (1998). *Psicologia Social (Vol. 1)*. Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, F. (2004). Idadismo. In: M. Lima & M. Pereira (Orgs.), *Estereótipos, preconceito e discriminação: Perspectivas teóricas e metodológicas*.
Salvador da Bahia: Editora da Universidade Federal da Bahia. pp. 279-300.

Netto, M., & Borgonovi, N. (1996). Biologia e teorias do envelhecimento.
In: M. Netto (Org.), *Gerontologia: A Belice e o envelhecimento em visão globalizada* São Paulo: Editora Atheneu. pp. 44-59.

Netto, M., & Ponte, J. (1996). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In: M. Netto (Org.), *Gerontologia: A Belice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu. pp. 3-12.

Olshanskym S., Goldman, D.P, Yuhui, Z., & Rowe, J. W. (2009). *Aging in America in the twenty-first century: Demographic forecasts from the MacArthur Foundation Research Network on an aging society*. *Milbank Quarterly*, 87(4), pp. 842-862.

Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2.^a ed.) New York: Springer Publishing Company.

Palmore, E. (2001). The ageism: first findings. *The Gerontologist*, 4. *In:* Magalhães, C. et al. (s.d.) *Revista Transdisciplinar de Gerontologia – Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas*. Universidade Sénior contemporânea. [Em linha] Disponível em: http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2606/1/RTG_III_2.pdf

[Consultado em 16/03/12].

Palmore, E. (2001). The ageism: first findings. *The Gerontologist*, 4. *In:* Ribeiro, A e Sousa, L., (Janeiro/Junho 2008) *Revista Transdisciplinar de Gerontologia –Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social*. Ano II, Vol. I, Universidade Sénior contemporânea. [Em linha] Disponível em: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.rtgerontologia.webnode.pt>

[%2F200000063-76e0877da3%2Frevista%2520de%2520gerontologia%2520n_2.pdf&ei=0Q1rT9eJNc-18QOg58y1Bg&usg=AFQjCNEdPmqC3VFWTiv0TiOkpmwuC5Q4QQ&sig2=5aOIoMpP6wFOCO75BmouDg](#) [Consultado em 21/03/2012].

Palmore, E. B. (2003). *Ageism comes of age. Gerontologist*. 43, (3). pp. 418-420.

Palmore, E. B. (2004). *Research note: Ageism in Canada and the United States. Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, pp. 41-46. [Em linha]

Disponível em:

<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AJCCG.0000015098.6269>

[1.ab](#) [Consultado em 10/09/2013].

Park, D. (1999). *The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function. Cognitive aging*. Philadelphia, PA: Psychology Press.

Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano. Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., Cerejo, A., Valença, A. (1999). *Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento -Manual -Versão Portuguesa* ("The European Survey on Aging Protocol" -ESAP). Porto: ICBAS/UP.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003) *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Conceitos e práticas clínicas, sexta edição, Editora Lusociência, p.84.

Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.

Polit, Denise F.; Hungler, Bernardette P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 5ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Quaresma, M. (2009). *A formação gerontológica na Europa*. [Em Linha] Disponível

em:<http://santascasasdamisericordia.blogspot.pt/2009/01/formao-gerontologica-na-europa.html> [consultado em 13/03/2012].

Rodrigues, S. (2011). *Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do distrito de Bragança*. [Em

Linha] Disponível em:

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6837/1/Sandra_Rodrigues_MGO_Especializac%CC%A7a%CC%83o%20em%20GUS_2011.pdf

[consultado em 13/03/2013].

Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Schneider. & Irigarayt (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Estudos de Psicologia, outubro–dezembro, pp.585-593. [Em Linha] Disponível em: <http://scielosp.org/scielo.pt> [consultado em 10/04/2013]

Schroots, J. J. (2003). *Ageism in science: Fair-play between generations*. Science and Engineering Ethics, 9 (4). pp.445-451.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes* (1.^a Ed.). Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.

Serra, M. (2008) *Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. Sísifo. Revista de Ciências da Educação*,05. pp.69-80. [Em Linha] Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf> [consultado em 10/04/2013]

Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. *In: Paula Frassinetti (Ed.) Intervenção social. Saberes e contextos.* Porto: Escola Superior de Educação Porto. pp. 129-137.

Serrazina, P. J. M. (1990). *Relações Humanas e Problemas de Marginalização: Hospitalidade.*

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. *In: Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* Lisboa: Climepsi Editores. pp. 137-156.

Sousa L, Galante H, Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3) pp. 364-371.

Spar, J.; La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.(3), (pp. 364-371).

Stella, A. (2001). Envelhecimento demográfico ou populacional. *In:* Carmo, H. (2001) *Problemas sociais contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta. pp. 133-145.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I. (2010). Qualidade de Vida e Transplante. *Acta Med Port*, 23. Pp. 1091-1100.

Vincent J. (2006). *Ageing contested: Anti-ageing science and the cultural construction of old age*. *Sociology*, 40 (4). pp. 681–698.

Vieira, W. (1994). *Enciclopédia da Conscienciologia*. Instituto Internacional de Projeciologia. Rio de Janeiro. Editares. pp. 2953-2955.

Wilkinson, J. A., & Ferraro, K. F. (2002). Thirty years of ageism research. *In:* T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older person*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press. pp. 339-358.