



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Imagens de Envelhecimento em Profissionais de Saúde

Ana Cláudia Amaro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Rosa Marina Afonso

Covilhã, Outubro de 2012

Agradecimentos

Queria expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a concretização desta tese. Chegar a esta etapa não foi fácil, e um ciclo de cinco anos está a chegar ao fim. Penso que não posso apenas mencionar este derradeiro momento, mas um conjunto de acontecimentos que me proporcionaram chegar aqui.

Desta forma, queria agradecer à Flávia, Carina, Susana e Ana, por me terem acompanhado durante estes cinco anos, proporcionando-me momentos fantásticos que apenas se conseguem com uma amizade verdadeira. Outro agradecimento seria para a Liliana, pela sua paciência, amizade genuína, e carinho comigo.

Queria também agradecer aos meus professores (todos eles que me acompanharam durante a minha vida, não apenas na minha formação universitária), por todos os momentos, princípios, e conhecimentos que me passaram.

Queria agradecer à professora Marina pela sua orientação e ajuda, bem como pela motivação e dedicação empregues no meu trabalho.

Nada disto seria possível sem a ajuda da minha família, sem a minha mãe, avó e irmão. Um obrigado especial para a minha irmã Rute, que em todos os momentos me apoiou e cuidou de mim.

Não poderia deixar de fora os meus amigos, um pilar fundamental da minha vida: Rita, Francisco, Fábio e Joana. Queria ainda mencionar o Edoardo, pelo seu suporte emocional e compreensão, mesmo em momentos mais difíceis. Também outros amigos que embora não mencionando os nomes, ajudaram-me neste longo caminho.

Finalmente, queria agradecer ao meu avô e ao meu pai. Sei que já não estão comigo, mas a vossa força e amor nunca me abandonaram, e é a vocês que recorro nas etapas mais difíceis da minha vida.

Um muito obrigado a todos, estarão sempre no meu coração.

Resumo

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável, característico a todos os seres vivos. É um processo maturacional, determinado de forma genética, mas modulado de forma ambiental, não derivando exclusivamente de determinantes específicos, mas sim de um conjunto de factores, tais como hereditários e genéticos, o meio físico, social e psicológico. Embora alguns autores quantifiquem o envelhecimento como algo negativo, outros conseguem associar o fenómeno a algo positivo, onde não haja apenas perdas e limitações.

No seu nível mais básico, uma imagem é vista como uma representação ou cópia da realidade, encontrada muitas vezes em certos tipos de quadros, estatuas e fotografia, que almejam apresentar uma autêntica “imagem-viva”. As imagens moldam e constituem concepções tanto de profissionais como de leigos, do que realmente significa envelhecer, e portanto, o tratamento que as pessoas mais velhas recebem. Desta forma, o estudo das imagens sobre o envelhecimento é o estudo das ideias que temos sobre o mesmo.

Relativamente ao papel dos profissionais de saúde com pacientes idosos, estes têm também as suas imagens, representações e atitudes perante os idosos. Este estudo centra-se nas imagens da velhice e do envelhecimento emergentes nos profissionais que trabalham com idosos (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de radiologia, fisioterapeutas, entre outros profissionais).

Para atingir esse objectivo foi utilizado um questionário sociodemográfico e a escala imAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008), aplicados a uma amostra de 211 profissionais de saúde.

Os principais resultados indicam que os profissionais de saúde de um modo geral apresentam imagens sobre o envelhecimento mais negativas, sendo que as variáveis idade, profissão e experiência profissional parecem ter algum impacto na diferenciação das imagens.

Palavras-chave

Imagens; idosos; velhice; envelhecimento; profissionais de saúde; idadismo; velhismo.

Abstract

Aging is a physiological, gradual, predictable and inevitable process characteristic of all living beings. It's a maturational process, determined by genetic form, but modulated by environment, not deriving exclusively of specific determinants, but from a number of factors, such as hereditary and genetic, and physical, social and psychological environments. Although some authors quantify aging as something negative, others can associate the phenomenon with something positive, where there aren't only loss and limitations.

At its most basic level, an image is viewed as a representation or copy of reality, often found in certain types of paintings, statues and photography that aims to present an authentic "image-alive". Images shape and form conceptions of both professional and laymen, of what it means to age, and therefore the treatment that older people receive. Thus, the study of aging images, is the study of the ideas we have about aging.

Regarding the role of health professionals with elderly patients, they also have their images, representations and attitudes towards the elderly. This study focuses on the images of old age and aging of the professionals working with older people (doctors, nurses, psychologists, radiology technicians, physical therapists, and other professionals).

To achieve this, we used a sociodemographic questionnaire and the images scale (Sousa Cerqueira & Galante, 2008), applied to a sample of 211 health professionals.

The main results indicate that health professionals generally have images about aging more negative, and the variables of age, profession and experience seem to have some impact on the differentiation of images.

Keywords

Images; ageing; elderly; health professionals; ageism.

Índice

Introdução	1
I Parte Teórica	
1. O Envelhecimento	4
1.1 Envelhecimento Activo	6
2. Imagens	8
2.1 Imagens Sociais e Visuais	8
2.2 Imagens de Envelhecimento	10
2.3 Representações Sociais e Visuais	14
2.4. Atitudes face ao envelhecimento	14
2.5. Atitudes em relação a pessoas idosas	17
2.6. Estereótipos sobre o envelhecimento	17
3. Profissionais de Saúde face ao envelhecimento e Idosos	19
3.1 Ageism nos profissionais de saúde	22
3.2 Profissionais de saúde e Doença Mental	24
3.3 Melhoramento do atendimento	25
II Estudo Empírico	
4. Objectivos da Investigação	28
5. Método	29
5.1. Participantes do Estudo	29
5.2. Instrumentos	35
6. Procedimentos	41
6.1. Análise de Dados	42
7. Discussão de Dados	53
8. Conclusão	59

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo A - Questionário Sociodemográfico

Anexo B - Carta de pedido de Autorização

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 2 – Distribuição da amostra relativamente à variável prestação de cuidados de saúde a pacientes idosos

Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente às variáveis habilitações e formação em gerontologia

Tabela 4 - Características do tipo de Formação em Gerontologia

Tabela 5 - Disciplinas/ Unidades Curriculares identificadas pelos participantes, relativamente à sua formação académica em gerontologia e frequência dessas mesmas Disciplinas/ Unidades Curriculares

Tabela 6 - Conteúdos de Disciplinas identificados pelos participantes (N= 69) e duração temporária dos mesmos

Tabela 7 - Outras formas de formação em gerontologia identificadas pelos participantes (e duração temporária dos mesmos

Tabela 8 - Frequência do contacto dos profissionais de saúde com pessoas idosas no seu âmbito familiar

Tabela 9 - Frequência do contacto dos profissionais de saúde com pessoas idosas sem patologia

Tabela 10 - Factores da Escala ImAges

Tabela 11 - Factores e Itens da Escala ImAges

Tabela 12 - Alpha de Cronbach da escala, e dos respectivos factores

Tabela 13 - Alpha de Cronbach dos respectivos factores

Tabela 14 - Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente à profissão

Tabela 15 - Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente à faixa etária dos participantes

Tabela 16 - Resultados para a comparação de imagens nos sujeitos do sexo feminino e masculino

Tabela 17 - Resultados para a correlação entre as imagens sobre o envelhecimento relativamente aos anos de experiência laboral dos profissionais de saúde

Tabela 18 - Resultados para a comparação de imagens de envelhecimento nos sujeitos relativamente ao seu contacto/ cuidados com pacientes idosos no âmbito de actividade profissional

Tabela 19 - Resultados para a comparação de imagens de envelhecimento nos sujeitos relativamente à sua formação académica em gerontologia

Tabela 20 - Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente ao contacto entre profissionais de saúde e familiares idosos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento tem-se tornado numa temática cada vez mais relevante no âmbito da investigação, e cada vez mais um importante fenómeno social. De tal modo, que tem chamado à atenção um vasto leque de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade. Esta relevância parece estar relacionada com a redução das taxas de natalidade, bem como do aumento do desenvolvimento vital, proporcionado por uma melhoria na qualidade de vida e avanços tecnológicos em diversas áreas científicas.

O envelhecimento, como fase de desenvolvimento da vida, surge associado a um processo de alterações ao longo do tempo, que se manifestam a vários níveis, tanto biológicos, psicológicos e sociais, reflectindo-se assim no comportamento do próprio idoso (nomeadamente ao tipo de actividades que mantém, os relacionamentos interpessoais e intergeracionais, a adaptação ao mundo contemporâneo, entre outros). O envelhecimento surge assim de forma progressiva no tempo, variando de pessoa para pessoa, não sendo possível todos nós envelhecermos da mesma forma (tanto física, como psicologicamente).

Da mesma forma que o envelhecimento pode ser percepcionado como um conjunto de perdas e limitações, surge ainda como forma de adaptação, visto ainda como uma fase de maior maturidade e experiência de vida. Contudo, nem sempre o envelhecimento surge de forma saudável, havendo muitas vezes vários sujeitos que envelhecem de forma patológica, sendo assim associado ao mesmo aspectos negativas, como a incapacidade, dependência e tristeza.

Muitas vezes, também aparece a figura idosa associada a um conjunto de características físicas que vão decaindo, bem como pela ausência de papéis sociais do mesmo, onde não se lhe é dado o devido valor. Tais conceptualizações perpetuam na nossa sociedade, prevalecendo uma visão negativa do idoso e do processo de envelhecimento, onde lhe são atribuídas imagens e estereótipos negativos.

Neste estudo, o conceito destas ideias sobre o envelhecimento, ou seja, das imagens que se têm sobre o mesmo, assumem um papel predominante, já que é através das nossas imagens e conceptualizações que formamos as nossas próprias atitudes, representações sociais e processos de categorizações para classificar determinados grupos sociais, como neste caso, o grupo dos idosos.

De um modo geral, e de forma ambígua, a velhice surge ainda como uma fase da vida tão temida (devido a todas as características negativas já mencionadas) como desejada (todos nós queremos viver o maior numero de anos possível, por norma).

É ainda inegável que a população idosa necessita de mais cuidados de saúde e sociais, constituindo os principais utentes de instituições de saúde, como hospitais, centros de saúde, instituições privadas, entre outros.

Torna-se assim relevante conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento dos profissionais de saúde, sendo aqueles que mais trabalham com idosos. Com estes dados, poderemos inferir como as imagens podem estar a interferir nos cuidados e apoios prestados.

Assim, para responder aos objectivos planeados, recorreu-se neste estudo a um questionário sociodemográfico, e à escala ImAges (Sousa, Galante & Cerqueira, 2008), aplicados a uma amostra de 211 profissionais de saúde.

Esta investigação encontra-se ainda organizada em duas partes. A primeira de carácter teórico, estando dividida em três capítulos, em que, no primeiro capítulo se procura definir o conceito de Envelhecimento e Velhice, fazendo uma descrição das principais alterações inerentes a este mesmo processo. No segundo capítulo são definidos os conceitos de Imagens, falando ainda de conceitos como atitudes face ao *ageism*, representações sociais do envelhecimento e estereótipos sobre o envelhecimento. Por fim, o último capítulo refere-se aos profissionais de saúde o que se tem dito na literatura sobre a sua conceptualização do processo do envelhecimento, falando ainda de *ageism* entre os profissionais, os profissionais de saúde e a doença mental, e formas de melhoramento do atendimento de saúde.

Na segunda parte deste trabalho, apresenta-se o estudo empírico realizado, através do seu enquadramento, definição de objectivos, descrição da metodologia, amostra, resultados, e discussão dos resultados obtidos. Finalmente são apresentadas as considerações finais deste estudo, sendo elaboradas as principais conclusões do mesmo.

I.
Parte Teórica

1. O Envelhecimento

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável, característico a todos os seres vivos. É um processo evolutivo e maturacional, determinado de forma genética, mas modulado de forma ambiental. Não é um processo rápido, mas sim algo que vai acontecendo lentamente e continuamente ao longo do tempo, diferindo também de entidade para entidade (Botelho, 2007). O envelhecimento não deriva exclusivamente de determinantes específicos, mas sim de um conjunto de factores, tais como os hereditários e genéticos, o meio físico, social e psicológico (Paúl, 2005).

Segundo Paúl (2005), o envelhecimento tem três componentes fundamentais, que passam por processos de envelhecimento biológico (resultante da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer), social (relativo aos papéis sociais) e o psicológico (determinado pela auto-regulação do indivíduo).

Existem várias teorias que tentam explicar os mecanismos de envelhecimento, sendo que, segundo Botelho (2007), podem ser distinguidos dois grandes grupos dentro das mesmas: as teorias de programação e as teorias de lesão. De uma forma geral, e segundo a mesma autora, a primeira teoria considera o envelhecimento dependente de factores genéticos, com programação genética da senescência celular, sendo os genes ligados ao envelhecimento accionados à medida que a idade aumenta. Já as teorias de lesão defendem a existência de lesão dos sistemas homeostáticos, com acumulação progressiva de danos de macromoléculas produzidas no decurso normal do metabolismo, tais como os radicais livres de oxigénio.

Assim, e embora toda a polémica existente para explicação o fenómeno, é considerado que todas as teorias se encontrem minimamente correctas, sendo que ambas as vertentes descritas contribuem de facto para o processo de envelhecimento fisiológico (Holliday, 1997).

De um modo geral, todas as manifestações fisiológicas do envelhecimento estão associadas à diminuição e mau funcionamento celular e do tecido conjuntivo de suporte. Estas limitações surgem a partir da terceira década de vida, variando bastante entre os indivíduos e os seus respectivos organismos (Botelho, 2007).

O estudo deste fenómeno, está na base da Gerontologia, que sendo uma área multidisciplinar, despontou de forma clara a partir da segunda metade do século XX, tendo ganho a sua visibilidade na década de oitenta. Segundo Fernández-Ballesteros (2000, *cit in* Paúl, 2005) a Gerontologia é o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. Assim esta disciplina visa explicar os problemas funcionais dos idosos em termos das suas capacidades e incapacidades, do fenómeno do envelhecimento enquanto um processo que ocorre ao longo do tempo, bem como os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescencia, procurando ainda a representação da idade enquanto um padrão de

comportamento social (Paúl, 2005). Por toda a história da gerontologia, a literatura e as investigações têm-se focado muito mais nos aspectos positivos no processo do envelhecimento. Um novo paradigma postula que para se obter uma visão mais realista e também expandir o conhecimento sobre o envelhecimento, bem como a redução de imagens tão negativas e as suas próprias consequências nos indivíduos e na sociedade, é necessário maior investigação sobre os aspectos positivos da velhice (Fernández-Ballesteros, 2011).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, sendo que a Organização Mundial de Saúde prevê a existência de mais de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que o grupo etário de maior crescimento passa pelas pessoas com 80 anos ou até mais (OMS, 2001).

Relativamente ao panorama nacional, em Portugal não é verificado alguma mudança, dado que a população jovem (entre os 0 e 14 anos) foi diminuindo entre os anos de 1960 e 1998, ao contrario da população idosa (65 ou mais anos). É ainda estimado (isto a nível mundial), que a população idosa irá ultrapassar a mais jovem, nomeadamente entre os anos de 2010 e 2015 (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

O fenómeno do envelhecimento demográfico, e por consequência, todas as demandas sociais que dele decorrem, tornam a velhice numa temática privilegiada para a investigação, levando assim a um crescimento sobre a mesma (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

Relativamente à longevidade humana, cada vez mais se observa um maior crescimento de indivíduos que atingem idades avançadas, principalmente desde a segunda metade do século passado (Mittelmark, 1994, *cit in* Botelho, 2007). Uma vez que a longevidade humana esta relacionada com todo um processo de envelhecimento, bem como a uma vulnerabilidade para a doença e a morte, a existência de uma elevada percentagem de pessoas idosas numa população constitui um índice de progresso e desenvolvimento da sociedade em que está inserida. Contudo, a medida do envelhecimento de uma forma directa não é possível, existindo assim a necessidade de identificar parâmetros que o possam sinalizar, e que são apresentados como marcadores biológicos do envelhecimento do organismo humano.

Existem várias definições de “idoso”, e do que é ser “idoso”, sendo talvez a definição mais simples o conceito de idade cronológica.

A idade cronológica refere-se inevitavelmente ao envelhecimento, sendo por norma os 65 anos a idade em que um indivíduo começa a ter a conotação de “idoso”. Esta consideração tem algumas vantagens, como o facto de estar isenta de condicionalismos grupais, como o sexo, a raça, ou mesmo o status sócio-económico (Botelho, 2007).

A partir destes conceitos, surge então a noção de idade biológica, em que a sua medida irá permitir desvendar os aspectos do envelhecimento a nível individual, caracterizando e distinguindo assim os vários indivíduos e grupos (Botelho, 2007).

2.1. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento positivo pode ser enquadrado no conceito do bom envelhecimento: de uma forma óptima, com sucesso, activo e produtivo. Assim, o envelhecimento activo é definido como o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, no decurso da vida à medida que se envelhece (Fernández-Ballesteros, 2011). Este conceito, que surge como um novo modelo de abordagem do envelhecimento, aplica-se a indivíduos e a grupos, e sob esta perspectiva, uma pessoa tende a realizar o seu potencial para um envelhecimento com bem-estar físico, social e mental ao longo da sua vida, ter participação continuada na sociedade de acordo com as suas necessidades e capacidades, assim como acesso a protecção, segurança e cuidados adequados quando requisitar assistência (Fernández-Ballesteros, 2011).

Este envelhecimento positivo pode ser suportado por três conjecturas gerais. A primeira seria o facto de o envelhecimento ser um fenómeno complexo, que lida com as diferenças de todo um ciclo vital, em que toda esta mudança tem uma variabilidade interindividual num determinado nível, taxa e direcção. Este leque de heterogeneidade é expresso por certos termos aceites do envelhecimento: o envelhecimento normal, óptimo, e patológico (Rowe & Khan, 1987, cit in Fernández-Ballesteros, 2011).

A segunda suposição seria a capacidade de aprendizagem, modelagem e mudanças positivas que são características de todos os seres humanos, estando presentes em todo o desenvolvimento vital dos mesmos. Assim, e com o envelhecimento, os indivíduos podem optimizar os seus recursos biológicos, comportamentais e sociais, compensando os seus próprios deficits durante a velhice (Fernández-Ballesteros, 2011).

Por último, as limitações das capacidades, e no final da vida, tornam o peso entre os ganhos e as perdas, menos positivo. Esta comparação depende também de indivíduo para indivíduo, com as suas avaliações subjectivas, bem como as imagens sociais negativas que possam ter, relativamente ao envelhecimento, sendo por norma associada com a morte (Fernández-Ballesteros, 2011).

Nesta linha de raciocínio, chega-se também a outras definições, como a noção de envelhecimento bem-sucedido. Esta noção apela ao facto de se poder envelhecer de forma adaptada, de modo a manter ou alcançar satisfação com a vida, estado de espírito elevado e bem-estar psicológico, com alterações mínimas de declínio, tendo factores extrínsecos, como

determinados hábitos mantidos ao longo da vida, um papel positivo (Jeste, Depp & Vahia, 2010). Outra noção importante seria a noção de envelhecimento com optimização selectiva com compensação (Fernández-Ballesteros, 2005), em que a adaptação às mudanças se vai fazendo com opções conscientes e estratégias eficazes; ou o envelhecimento com vitalidade, que incentiva a capacidade de o idoso conseguir envelhecer bem por si próprio, cuidando do seu corpo e da sua mente, mediante o treino de estratégias de aquisição de competências de várias ordem.

Embora alguns autores quantificam o envelhecimento como algo negativo, outros conseguem postular o fenómeno como algo positivo, onde não hajam apenas perdas e más consequências (Jönson & Magnusson, 2001). Surge assim um conceito importante, que visa a ideia de um envelhecimento visto de forma “natural”, reconhecido por várias alterações, como um aumento dos sentimentos relativamente ao mundo espiritual e ao universo, uma redefinição da percepção do tempo, espaço e objectos, bem como da percepção do conceito de “vida” e “morte”, um aumento da afinidade com gerações passadas e futuras, uma diminuição no interesse das coisas materiais e uma auto-descentração maior, além passar mais tempo em actividades como a meditação (Tornstam, 1989).

De acordo com Birren (1999, *cit in* Phoenix, Smith & Sparkes, 2010), o envelhecimento tem ficado uma das áreas mais complexas de estudo face à ciência moderna de hoje em dia. Não menos importante, tal é devido ao facto de o processo do envelhecer ser algo dinâmico, interactivo, sujeito às várias adversidades da vida, mudanças, e às vezes, complicações. Da mesma forma, Randall (2007) explicita o envelhecimento como um processo exemplificado pela complexidade. Para este autor, os indivíduos tornam-se mais únicos e distintos com a idade, e não menos.

A noção das redes sociais é algo também importante na descrição do processo do envelhecimento, nomeadamente na percepção de um envelhecimento mais positivo, se estas redes forem percebidas, e forem de facto, redes de ajuda.

A maioria das investigações empíricas insere-se nos modelos de *stress* e mostram o efeito das redes sociais na diminuição das consequências negativas inerentes ao stress. O papel das redes sociais no envelhecimento parece então corroborar a ideia em cima descrita, sendo que a existência de ligações afectiva próximas, como o casamento, por exemplo, podem favorecer o processo de envelhecimento (Paúl, 2005).

Segundo Paul (2005) as redes de apoio ou suporte informal incluem estruturas da vida social de um indivíduo (como pertença a um grupo ou a existência de laços familiares), bem como funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença.

O apoio social é algo que se refere essencialmente à integração social (a frequência de contacto com os outros), ao apoio recebido, que corresponde ao apoio oferecido efectivamente pelos elementos da rede, e o apoio percebido. O apoio percebido, tal como o nome indica, advém da crença que os outros significativos da nossa rede social, possam fornecer ajudar, em casos de adversidades. A experiência passada ajuda para reforçar ou não, estas crenças (Paúl, 2005).

2. Imagens

De um ponto de vista biomédico, o processo do envelhecimento após a meia-idade é visto como um declínio que dará lugar a uma idade mais velha e dependente. A perspectiva alternativa do envelhecimento vê-o como um processo complexo de interacção de factores biológicos, psicossociais e sociais. Deste modo, se a qualidade da vida tardia melhora, é de facto discutido, que não tem que melhorar as condições medicas mas necessariamente as atitudes das pessoas sobre e para o processo do envelhecimento. Isto concerne directamente às imagens que são usadas para representar o processo de envelhecimento para a idade tardia (Featherstone, & Hepworth, 2005).

Chega-se assim a um cerne do tema desta investigação. As imagens. Mas como é que as compreendemos, o que as produz, e como as relacionamos com as nossas experiências?

2.1. Imagens Sociais e Visuais

No seu nível mais básico, uma imagem é vista como uma representação ou cópia da realidade, encontrada muitas vezes em certos tipos de quadros, estátuas e fotografias, que almejam apresentar uma autêntica “imagem-viva” dos modelos humanos. No entanto, uma imagem pode também significar uma impressão, orientada por quadros interpretativos e imaginativos. Uma fotografia, por exemplo, de uma pessoa idosa famosa, pode assim ser vista como uma interpretação da essência da personagem de um indivíduo que tenha sido astutamente construído para ser exibido publicamente (e.g. Ghandi, Einstein, ou a Madre Teresa) (Featherstone, & Hepworth, 2005).

É culturalmente conhecido, que uma percepção positiva do nosso corpo é a forma central para a forma como o nosso corpo funciona e actua. A percepção do funcionamento do corpo, a sua saúde e aparência exterior é formada por um contexto social e cultural, que tem duas dimensões. É primeiramente dirigida de forma predominante pela acuidade visual: um continuum em que os julgamentos (quer sejam positivos ou negativos) são feitos nas

interacções sociais com outros, que podem oferecer um feedback positivo e negativo nas avaliações do corpo. Em segundo, é realizada num contexto em que os indivíduos não olhem apenas, nem são olhados pelos outros, mas no qual são confrontados na sua vida diária por inúmeras imagens do corpo humano, principalmente através dos media (Featherstone, & Hepworth, 2005).

Em adição às múltiplas imagens humanas que podem ser encontradas em fotografias, quadros, desenhos, televisão, entre outros, existe ainda uma noção mais fluida de auto imagem corporal. Este duplo sentido de imagens - que as imagens retratadas e guardadas em vários meios dos media visuais e que as noções que as nossas auto-imagens estão ligadas às nossas imagens corporais - sugere que a formação do nosso próprio corpo e auto-imagem tomam lugar num contexto cultural, onde as imagens não podem ser vistas como transparentes, ou neutras. A nossa percepção dos nossos próprios corpos é mediada por julgamentos directos e implícitos dos outros, e nos nossos próprios julgamentos reflexivos das suas visões (Featherstone, & Hepworth, 2005).

Desta forma, aprendemos diferentes formas de ver e avaliar o reportório de imagens corporais positivas e negativas, e formas de olhar para os corpos variando de cultura, para cultura. Cada imagem de um ser humano, é efectivamente uma imagem do envelhecimento, dado que oferece uma representação de um rosto e de um corpo de uma pessoa durante um ponto particular numa escala de tempo cronológico, e portanto imediatamente marcado em termos de idade linear (Featherstone, & Hepworth, 2005).

As imagens são históricas e portando nunca fixas de forma eterna. Afirmam ainda os mesmos autores que nem nunca neutras, pois sempre trazem uma mensagem moral e política, que diz respeito ao valor que se coloca nas pessoas mais velhas, e as distinções que se fazem entre formas aceitáveis e inaceitáveis de envelhecer (Featherstone, & Hepworth, 2005). Têm ainda um grande papel na estruturação da percepção moral do self, em relação aos outros, no mundo social. As imagens são um aspecto fundamental na comunicação humana, e interpretam um importante papel na construção da própria imagem de cada um. Nesta linha de raciocínio, as imagens do rosto e corpo, medeiam entre o mundo interior subjectivo (privado) e o outro mundo observável (publico), dando estruturas e significados às impressões dos sentidos (Hepworth, 1995)

Segundo Hollander (1988, cit in Hepworth, 1995), quando olhamos para um espelho, não vemos a nossa imagem reflectida de nós próprios como realmente somos. Mas vemos uma imagem de um rosto como imaginamos que irá aparecer para as outras pessoas. As imagens que vemos num espelho, são reconhecidas em termos da imagética visual da nossa cultura.

Assim, sem as imagens visuais, não sabemos então qual o nosso aspecto num espelho, pois o nosso aspecto não faz sentido sem uma comparação - ou seja, se aparecermos no espelho como altos, ou velhos, ou bonitos ou gordos, são ideias que temos e conceitos que pensamos quando alinhados com a forma como os outros nos aparecem, e como as imagens e figuras contemporâneas nos dizem, sobre a verdade da aparência (Hepworth, 1995).

Consequentemente, olhar num espelho é um acto de auto-comparação e classificação. Os espelhos não são apenas superfícies reflectoras; são superfícies que reflectem um reportório de imagens visuais inseridas numa cultura, já incorporadas na nossa imaginação (Hepworth, 1995).

Neste sentido, as percepções do envelhecimento do nosso dia-a-dia, são articuladas e construídas através de prescrições culturais de imagens verbais e visuais que são sociologicamente reflexivas, e têm portanto implicações significativas para a população no geral, e para os idosos no particular.

2.2. Imagens de Envelhecimento

Todas as imagens sobre o envelhecimento criam expectativas, tanto em pessoas mais novas, quanto em pessoas mais velhas, na forma como as pessoas mais velhas devem falar, agir e os padrões, que devem ser aplicados à sua aparência e comportamento (Richards, Warren & Gott, 2012).

Enquanto o estudo das imagens do envelhecimento tem sido gradualmente direccionado de uma perspectiva mais marginal, para um lugar mais central na gerontologia social (Featherstone & Hepworth, 2005), a criação imagens por forma a oferecer algumas “alternativas “ ao reportório convencional existente, é de facto inovador.

De forma mais crescente, históricos e sociólogos que tentam desconstruir estas imagens de envelhecimento, tentam demonstrar que embora este material exista e seja verídico, nenhuma destas imagens deveriam ser tratadas como representações fiéis das mudanças físicas inevitáveis que acompanham o envelhecimento, mas antes como um produto de crenças e atitudes representativas das pessoas que constroem essas imagens. As imagens fazem parte da construção social do envelhecimento, projectando ideias morais e crenças sobre o mesmo, colocando e estruturando a percepção moral das pessoas idosas perante a sociedade (Hepworth, 1995).

A análise das imagens de envelhecimento tende a ser ou resumos do que já foi estudado (Covey, 1991), ou críticas profundas de trabalhos de artistas particulares ou imagens de

géneros ou períodos específicos (Cristofovici, 1999; Woodward, 2006). Na antiga Grécia, as representações de mulheres mais velhas eram ou cómicas, ou lamentáveis, factor indicativo de uma sociedade obsessiva com a juventude e beleza, enquanto que na antiga Roma, estas representações eram feitas através de bustos onde as rugas e imperfeições próprias de um corpo envelhecido eram claramente retratadas, demonstrando assim um respeito pela aparência do envelhecimento, não necessitando de uma imagem idealizada. Dentro do século XX, foi sugerido que as representações estereotipadas do envelhecimento, não mudaram assim tanto até meados da década de 70, onde foram aumentados de forma exponencial alguns anúncios e imagens publicitárias na sua maioria negativos (Richards, Warren & Gott, 2012).

De facto, e embora vários tipos de imagem de publicidade tenham sido estudados - como cartões de aniversários e desenhos animados, desenhos das crianças dos seus avós, filmes (Markson, 2003), bem como na televisão e programas - são as representações de pessoas mais velhas nos anúncios que têm recebido maior atenção em termos de publicações académicas (Lee, Carpenter, & Meyers, 2007; Lumme-Sandt, 2011; McHugh, 2003; Williams, Yläne, & Wadleigh, 2007). De acordo com Richards, Warren e Gott (2012), enquanto nos primeiros três quartos do sec. XX, as representações das pessoas mais velhas tomavam a forma de “velhinhos reformados”, muitas vezes caricaturados de forma decrépita, o então como os “avozinhos”, na primeira década do século XXI, o aumento dos consumidores na nossa cultura, tem levado ao domínio dos produtos que vendem imagens de pessoas mais velhas vistas de forma fascinante e com um estilo de vida “sem idade” (McHugh, 2003). No entanto, o estilo de vida destas imagens positivas pretendem representar, é condicionada por vários factores - posses suficientes de renda, capital cultura, bem como saúde física e mental.

Os anúncios em revistas de mulheres muitas vezes utilizam modelos mais novos nos seus artigos, do que a faixa etária a que os mesmos são dirigidos (Bytheway, 2003), e se modelos mais velhas são usadas, são muitas vezes susceptíveis de serem “melhoradas” digitalmente ou cosmeticamente, por forma a vender os benefícios do produto (como por exemplo as imagens de Jane Fonda) (Dinnerstein & Weitz, 1994).

As imagens representativas de uma “idade mais profunda”, aparecem menos vezes nos media, e quando aparecem, muitas vezes é para ilustrar prestação de cuidados, mais do que para vender produtos (Lewis, Medvedev & Sponski, 2011).

É de facto difícil evitar as imagens da juventude, de corpos considerados esbeltos e bonitos, muitas vezes associados com as representações de um estilo de vida dos consumidores. Estas imagens são cada vez mais globais, pois cada vez mais os meios de comunicação evoluem também. Ao mesmo tempo que estes ideais de um modelo de vida que os consumidores devem seguir aumentam, estes são acompanhados por imagens negativas de corpos menos

saudáveis e com excesso de peso. As pessoas mais velhas muitas vezes encontram-se nessa categoria e nos estereótipos que promovem o idadismo, são caricaturadas como frágeis, com fraca memória, e na idade da senilidade e da morte. Estas acções têm uma mediatização tão grande, que em muitos países várias campanhas já foram propostas para “contra-atacar” estas imagens negativas, como na Dinamarca, Austrália, Espanha, entre outros (Featherstone, & Hepworth, 2005).

Tais mudanças e tentativas para uma visão mais positiva da velhice estão cada vez mais a crescer, sendo claro as tentativas para um melhor construto e redefinição do “envelhecer”, dentro de todo um contexto de mudança social (Featherstone, & Hepworth, 2005).

Assim, neste contexto de mudança e diversidade social, existe também uma maior tendência na área da gerontologia para compreender a importância das imagens do envelhecimento. Esta tendência reflecte que a compreensão contemporânea global que o envelhecimento não pode ser apenas visto e explicado como um processo apenas biológico e físico, mas como um processo interactivo, que envolve factores sociais e culturais (Featherstone, & Hepworth, 2005). Assim, os anúncios dirigidos a pessoas da terceira idade inauguram uma nova era de imagens positivas, que reflectem as pessoas mais idosas de formas diferentes, ao invés das imagens negativas onde são maioritariamente retratadas imagens corporais em declínio (Richards, Warren & Gott, 2012).

As pessoas têm fortes e verdadeiras expectativas sobre os comportamentos e características associadas à idade (Williams & Garrett, 2002). Ao invés de ver as pessoas como indivíduos com vários atributos idiossincráticos. Tendemos assim para generalizar acerca de pessoas de acordo com as suas características sociais grupais - quer seja pelo género, raça/etnicidade ou idade. Por exemplo, esperamos dos adolescentes algumas inconstâncias de humor, ou alguns períodos de stresse, das pessoas de meia-idade, esperamos crises, e das pessoas de idade, esperamos “rabugices” e gemidos (Williams & Garrett, 2002).

Assim, é bastante comum os indivíduos categorizarem-se a si próprios e aos outros, identificando assim algum “tipo” de atributos grupais, generalizando-os para o conjunto do grupo, criando e perpetuando um estereótipo (Williams, Ylanna & Wadleigh, 2007).

As imagens moldam e constituem concepções tanto de profissionais como de leigos, do que realmente significa envelhecer, e portanto, o tratamento que as pessoas mais velhas recebem. Não surpreendentemente, o estudo das imagens sobre o envelhecimento é o estudo das ideias que temos sobre o envelhecimento. E, no nível de experiência prática diária, a análise do cuidado de pessoas mais velhas e dos padrões de interacção social na velhice, demonstra que as imagens visuais e verbais são muitas vezes implantadas e manipuladas para produzir o envelhecimento como uma actividade social (Featherstone, & Hepworth, 2005).

A concepção das imagens do envelhecimento têm também em conta três interpretações da relação entre o corpo, o self, e a sociedade (Hepworth, 1995). São estas três interpretações do envelhecimento que dão significado à experiência do “ser mais velho”, sendo assim as constituintes das imagens do envelhecimento. Estas imagens são assim: o corpo geriátrico, o corpo fisionómico, e a máscara do envelhecimento (Hepworth, 1995).

O corpo geriátrico não é de todo um conceito que apele à neutralidade, conjurando imediatamente imagens de uma decadência física e mental. Devido à sua próxima associação de uma matriz de problemas do corpo que vai envelhecendo - prejuízos cerebrais, distúrbios independentes, danos sensoriais, confusão mental, incontinência, e outros “males” (Bromley, 1988, cit in Hepworth, 1995) - as imagens predominantes de um corpo geriátrico são um conjunto de um corpo e self que se deterioram irremediavelmente (Katz, 1996). A moral desta imagem particular de um corpo geriátrico é que a idade avançada e o envelhecimento são os grandes niveladores: reduzem todas as pessoas, ricas ou pobres, ao status da invalidez e dependência, desqualificados da estimulação e auto-reforço dos relacionamentos sociais (Hepworth, 1995).

A relevância de um olhar fisionómico nas imagens do envelhecimento pode ser localizada na interpretação das rugas, onde os princípios desta visão passam pelo facto de que o verdadeiro carácter interior do self é revelado e visível no rosto e no corpo, ou seja, não importa quão “velha” uma pessoa se sinta, mas sim a “velhice” que aparenta (Hepworth, 1995).

Por fim, a máscara do envelhecimento - uma imagem que reflecte a experiência subjectiva de que muitos idosos descrevem como sendo limitada pelas expectativas dos outros em usar uma máscara ou disfarce de envelhecimento físico (Hepworth, 1995). O nosso conhecimento do significado de “envelhecimento”, especialmente quando se é mais novo, é construído a partir das imagens ou metáforas que existem na sociedade - é um conhecimento de segunda mão (Hepworth, 1995).

De facto todo este processo pode causar algum *stress* às pessoas idosas, pois embora o corpo possa aparentar os sinais de envelhecimento, o self subjectivo não experiencia essa idade de forma correspondente. Esse *stress* advém das imagens negativas sobre o envelhecimento que existem na sociedade autor (Hepworth, 1995).

As imagens do envelhecimento não são derivadas de forma predominante da diversidade das experiências subjectivas da vida (Thompson, 1992, cit in Hepworth, 1995), mas sim, das imagens publicas sobre o envelhecimento, sendo assim um problema social.

Villar (1995) elabora as imagens da velhice e do envelhecimento num modelo de envelhecimento negativo, comparando três aspectos fundamentais, o declínio das funções físicas e de algumas psicossociais (como a produtividade, recursos económicos, memória e

dependência); estabilidade (que estaria associado à motivação) e por fim, o crescimento do ser humano, relativo à sabedoria.

2.3. Representações sociais e visuais

O material que nos é oferecido de imagens - pinturas, esculturas, fotografias, filmes, televisão, anúncios, entre outros - dão-nos a falsa impressão de uma perspectiva do envelhecimento sem tempo, ou vida. As representações visuais do envelhecimento desempenham um papel complexo e subtil na comunicação da experiência do envelhecimento do dia a dia. Capturam e cingem a nossa imaginação, fornecendo-nos um feedback do que podemos esperar e como nos devemos comportar, quando nós próprios chegarmos a uma idade mais avançada. (Hepworth, 1995).

Moscovici (1981, *cit in* (Krause, 2002) conceptualiza as representações sociais como um conjunto de conceitos, declarações e explicações originadas no decorrer na vida diária no curso das comunicações inter-individuais. Enquanto sistemas de interpretação, as representações sociais regulam a nossa relação com os outros, dirigindo também e orientando o nosso comportamento. Falando da sua forma cognitiva, as representações são ainda consideradas como o produto pelo qual nos podemos apropriar da realidade exterior, sendo assim, e de forma simultânea, consideradas como um processo de elaboração psicológica e social da realidade. De um modo geral, as nossas representações sociais desempenham um papel vital na comunicação, servem como um guia de acção (já que modelam e criam os elementos do contexto onde a mesma ocorre) (Cabecinhas, 2004).

2.4. Atitudes face ao Envelhecimento

As atitudes sobre as pessoas mais velhas no geral são praticamente inerentes a todos nós, e todos nós as temos (Schigelone, 2003). Segundo DeLamater (1992, *cit in* Schigelone, 2003), as atitudes são constituídas por três componentes: uma crença, uma avaliação favorável ou não e por disposição comportamental. O segundo componente desta definição, é normalmente considerado como a atitude em si mesma, e representa como uma pessoa se sente, em relação a algo. Por outro lado, a crença de alguém, é baseada em informação factual (ou pelo menos, a pessoa acredita que sim), e é a avaliação dessa informação sobre determinado aspecto, objecto, ou pessoa, que é pensado ser uma atitude. Um dos factores mais importantes desta definição, é o facto de o autor associar as atitudes com “disposições comportamentais”, muitas vezes referidas como intenções comportamentais. Enquanto não pode ser dito que uma atitude particular influencia, acompanha ou causa um determinado

comportamento, é importante saber que as atitudes podem de facto, originar e levar a certos comportamentos. Assim, embora as atitudes sejam interessante, é o comportamento que resulta das mesmas que se torna no mais importante.

As atitudes que os indivíduos possuem em relação a pessoas mais velhas, podem influenciar o tratamento geral que as pessoas mais idosas recebem e as suas próprias experiências com os serviços de saúde (Cuddy & Fiske, 2002). Estas atitudes, muitas vezes são originadas devido à existência de estereótipos, que também não tem que ser necessariamente negativos ou depreciativos. Servindo como “atalhos” conceptuais, que nos permitem confirmar crenças, interpretar e dar sentido e explicação sobre novas informações (Cuddy & Fiske, 2002).

Relativamente às atitudes do envelhecimento em determinadas faixas etárias, alguns estudos indicam que as crianças possuem atitudes mais favoráveis e positivas, sendo que essas mesmas atitudes são melhoradas, quando existe um contacto com pessoas mais velhas (Pinquart, Wenzel & Sörenson, 2000). Outros estudos, apontam ainda que por norma, as crianças vêem os seus avós de forma positiva, embora possam ter perspectivas mais negativas em relação a outros adultos mais velhos (Creasey Kaliher, 1994, cit in Foos, Clark & Terrel , 2006).

Outros estudos apontam ainda diferentes atitudes noutros grupos, como o grupo dos mais jovens. Sendo que os adultos mais velhos são por norma mais positivos em relação ao envelhecimento, do que os jovens. Os adultos mais velhos têm também perspectivas mais completas e elaboradas do que os jovens (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999)

O interesse no envelhecimento tem sido investigado também no âmbito do conhecimento sobre as atitudes que se tem face aos mais velhos. Contudo, muita da literatura sobre este tema, tem-se focado nas barreiras do interesse do envelhecimento, como em atitudes negativas relativas a pessoas mais velhas e as relutâncias em trabalhar com as mesmas (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000). O interesse no envelhecimento tem sido definido como a intenção de aprender mais sobre o mesmo, tentando alcançar uma carreira em gerontologia.

Inúmeros estudos têm examinado os factores que estão associados com este interesse, como os factores demográficos - idade, género e etnicidade tem sido investigados. Dentro destes factores, foi apontado que estudantes mais velhos preferem o estudo da gerontologia do que estudantes mais novos (Coren, Adreassi, Blood & Kent, 1987) e que as mulheres são mais facilmente atraídas por este estudo do que os homens. Outros estudos apontam ainda que existe um interesse misto, entre grupos étnicos (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000).

O trabalho em gerontologia está também associado com o interesse relativamente a carreiras relacionadas com o envelhecimento. Estudantes e profissionais têm repostado um maior número de atitudes positivas face a adultos mais velhos (Rousch, 1990), ou um aumento do seu interesse na gerontologia, após terem tirado um curso sobre esta área do envelhecimento (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000).

Segundo Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon (2000), o contacto com pessoas mais velhas é crucial face ao interesse e atitudes sobre as mesmas, sendo na opinião dos autores, importante o contacto que os alunos possam ter com pessoas mais velhas para determinar o futuro da sua carreira, se poderão ou não trabalhar com pessoas mais velhas. O contacto pessoal com idosos tem sido examinado em relação a atitudes e conhecimentos sobre os mais velhos. Assim, este contacto com idosos tem sido suportado na literatura como um factor determinante no interesse sobre o envelhecimento. Por exemplo, estudantes de enfermagem que tenham tido uma experiência de convivência com idosos, de co-habitação ou de cuidados, têm uma maior aptidão e preferência para trabalhar com os mesmos (Coren, Andreassi, Blood & Kent, 1987). Similarmente, ter uma amizade com uma pessoa mais velha foi também positivamente associado com as intenções de trabalhar com idosos em estudantes

Mais especificamente, a qualidade do contacto com pessoas mais velhas tem sido enfatizada em relação ao interesse sobre o envelhecimento, nomeadamente, a qualidade das relações familiares com pessoas mais velhas, que também foi apontando como um factor de influência no interesse sobre o envelhecimento e possível seguimento de carreira (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000).

Contudo, e embora alguma investigação suporte a associação do contacto intergeracional para um maior interesse sobre o envelhecimento e atitudes mais positivas sobre o mesmo exista, há também descobertas que relatam o contrário. O contacto com pessoas mais velhas foi encontrado como não tendo um impacto nas preferências de trabalho entre estudantes de fisioterapia, enfermagem (Dunkle & Hyde, 1995), medicina e assistência social. Assim de acordo com os autores Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon (2000), o conhecimento sobre o contacto com adultos mais velhos, relacionado com o interesse sobre o envelhecimento, é ainda inconclusivo. Este estudo apontou contudo factores relacionados com o interesse sobre o envelhecimento, nomeadamente em relação ao género e ao contacto com pessoas mais velhas dentro do seio familiar (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000).

2.5. Atitudes em relação a pessoas idosas

As atitudes negativas sobre pessoas mais velhas podem resultar em discriminações contra pessoas de uma determinada faixa etária, bem como tentativas para evitar as mesmas. O medo de envelhecer e outras atitudes negativas face ao envelhecimento podem resultar também das crenças em que as épocas mais felizes na vida de um indivíduo remetem-se quase exclusivamente aos anos de juventude do mesmo (Foos, Clark & Terrel, 2006).

As atitudes negativas não são universais, e investigadores têm encontrado grandes números de grupos diferenciais. Por exemplo, mulheres mais jovens são mais ansiosas relativamente ao envelhecimento do que homens mais jovens (Cummings, Kropf & DeWeaver, 2000, Foos, Clark & Terrel, 2006).

Infelizmente, é praticamente uma verdade universal, o facto de os idosos atraírem atitudes negativas, bem como serem vistos como fracos, tanto de corpo como de mente. Esta “verdade” é percebida não só por indivíduos guiados pelo ageism, mas também por pessoas que sentem pena e uma certa compaixão pela idade mais velha. Tal facto esteve presente no passado, como agora no presente (Stuart- Hamilton & Mahoney, 2003).

De um modo geral, as pessoas mais velhas estão constantemente a ser alvo de estereótipos negativos, por norma dirigidos às suas funções mentais e físicas. A pesquisa sugere que estes estereótipos negativos têm inúmeras consequências para a saúde da população idosa, que vão desde um curto prazo, como o declínio de desempenho em vários domínios até ao comprometimento dos cuidados de saúde a longo prazo (Horton, Baker & Deakin, 2007).

2.6. Estereótipos sobre o envelhecimento e Idadismo

A noção do termo “ageism” foi pela primeira referida por Robert Butler (1980, Schigelone, 2003), por forma a descrever as atitudes (normalmente) negativas sobre alguém, baseadas na sua idade.

Segundo Joyce e Loe (2010), o idadismo pode estar presente no campo das ideias e crenças, interações interpessoais e práticas políticas e institucionais. A forma como este fenómeno toma lugar, irá depender de vários factores, como o seu contexto ou mesmo localização geográfica. Não existe uma única forma em como o ageism é realizado, a sua prevalência, forma e intensidade, podem diferir de acordo a própria idade, profissão, sexo, etnicidade e pelos próprios locais e contextos nacionais.

Segundo Butler (1969 (*cit in* Tornstam, 2006), *ageism* é um fenómeno descrito como um preconceito contra pessoas com base na sua idade. Com este conceito, a gerontologia social

ganhou uma nova e estimulante noção, embora outros nomes tivessem sido utilizados anteriormente para definir o mesmo fenómeno. O idadismo passa ainda pelas atitudes negativas ou positivas que podemos ter, que podem ser vistas a nível social de forma micro, meso ou macro-socialmente, operando ainda de forma automática e não automática (Boudjemadia & Ganab, 2011).

Tornstam (2006), baseado em estudos e literaturas anteriores, utilizou três dimensões clássicas para definir as atitudes relativas a pessoas mais velhas. Essas três dimensões passam pela dimensão: 1) emocional ou avaliativa, 2) cognitiva ou de conhecimento, e finalmente pela 3) dimensão comportamental. Adicionando às várias definições de *ageism*, este autor defende que este conceito pode ser melhor compreendido dentro destas três dimensões - a forma como as pessoas sentem e como avaliam as pessoas mais velhas, as concepções que possam ter sobre as mesmas, e a disposição para se comportarem em relação a elas.

Existem vários estudos que demonstram a existência de estereótipos na velhice, nomeadamente, o facto de os idosos serem considerados como um grupo homogéneo, onde as suas capacidades e competências são consideradas como baixas, comparativamente com pessoas mais novas (Cuddy, Norton & Fiske, 2005).

De um modo geral, as pessoas tendem a defender-se de ameaças, como a inevitável morte, que de um certo modo, é perspectivada em pessoas mais velhas. Desta forma, Boudjemadia e Ganab (2011) sugerem que seja por isso que existe preconceito contra as pessoas mais velhas. Nestas mesmas descobertas e estudo, estes autores concluíram ainda que o idadismo (*ageism*) é um fenómeno bastante complexo, sendo que quando a morte é saliente, as pessoas não se preocupam em distinguir os idosos nos sub-grupos: quando confrontadas com a sua própria morte, os participantes do estudo não fizeram diferentes avaliações sobre os idosos.

Parece que em tal condição, já não parecia haver em conta a idade das pessoas, ou o estereótipo associado à mesma. Assim, os idosos deixam de ser vistos na sua diversidade e complexidade, mas tornaram-se um único grupo monolítico, ameaçador a si mesmo (Boudjemadia & Ganab, 2011).

Contudo, muitas vezes os estereótipos têm mesmo um carácter cognitivo, tendo por isso mesmo, serias consequências, como por exemplo, podem ser particularmente penosos para um determinado grupo, de si já vulnerável, neste caso e em particular, as pessoas mais velhas.

Desde o nascimento, todos os indivíduos estão num constante processo de envelhecimento. Contudo, à medida que se envelhece, e se encontra a fase de vida mais velha, é uma fase que induz muita ansiedade e medo, principalmente para os mais jovens. Tais factos podem criar preconceitos e atitudes negativas sobre os mais velhos, sendo que as mulheres mais velhas

ainda enfrentam um duplo preconceito: de idade e gênero. O mesmo se aplica às pessoas de cor e raças diferentes (Cummings, Kropf & DeWeaver, 2000).

Contudo, de uma forma geral, as pessoas idosas tem uma visão da sua vida tardia positiva, embora quanto mais conhecimentos tiverem sobre o próprio processo do envelhecimento, menos ansiedades e preocupações têm sobre o mesmo (Neikrug, 1998). Até mesmo em crianças, tal fenómeno foi verificado, visto que num estudo de Blunk e Williams (1997), onde algumas crianças foram expostas aos factos do envelhecimento, e o preconceito que tinham sobre o mesmo e sobre as pessoas idosas, teve uma diminuição bastante significativa.

Esta exposição de atitudes face a pessoas mais velhas, foi também estudada em vários contextos, nomeadamente em estudantes universitários.

No estudo de Laditka, Fischer, Laditka e Segal (2004) foi verificado, que o grupo de pessoas com um maior número de atitudes negativas face a pessoas mais velhas, são o grupo de pessoas que se encontra na meia-idade. Tal facto é minimamente explicado devido a este grupo se encontrar na posição da geração do “meio”, que tanto cuida dos mais novos como dos mais velhos, de forma simultânea - tudo isto parece ser um condicionante e um facto de stress para este grupo. Esta descoberta é significativa, já que o grupo referido, está predominantemente relacionado de forma directa com a formulação e implementação da maioria das políticas sociais, tomando decisões sobre os serviços de saúde prestados às pessoas idosas, e estabelecendo as prioridades de negócio das suas nações.

De um modo geral as visões estereotipadas de pessoas idosas têm aumentado as crenças e vários mitos sobre o envelhecimento, nomeadamente estereótipos sobre a incompetência dos idosos, sobre a sua alegada solidão, e principalmente sobre o facto de a velhice ser uma etapa triste na vida (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, 2003; Rowe & Kahn, 1998, Stewart, Chipperfield, Perry, & Weiner, 2011).

Por outro lado, as atitudes, crenças e comportamentos idadista, continuam a ser um dos tipos de estereótipos e preconceitos mais encorajados e aceites na nossa cultura contemporânea (Cuddy & Fiske, 2002; Kane, 2006, Kite & Wagner, 2002; Ng, 2002)

3. Profissionais de Saúde face ao envelhecimento e Idosos

Segundo Sivils e MacCrae (2009), os profissionais de saúde apontam como características fundamentais para lidar com idosos a paciência, empatia, habilidade em ouvir e atitudes sem julgamentos de valores, que de um modo geral, são também qualidades destes profissionais. No estudo dos mesmos autores, foi ainda apontado que a consciencialização destes

profissionais para o seu próprio envelhecimento e sua motivação no seu serviço para trabalhar com pessoas mais velhas dependia também dos modelos de pessoas mais velhas que teriam nas suas vidas e do contacto directo que teriam com as mesmas.

De acordo com o estudo Minichiello, Browne e Kendig (2000), onde no mesmo estudo foi questionado a idosos quais as atitudes que os profissionais de saúde teriam perante os próprios, muitos idosos relataram uma serie de experiencias negativas nos serviços de saúde. Estas experiencias negativas passavam de uma forma geral, por incidentes onde os idosos se sentiram negligenciados, ou tratados como pacientes menos importante. Outro aspecto importante nas conclusões deste estudo, foi o facto de as pessoas mais velhas se sentirem menos autónomas perante aspectos importantes da sua vida, como o facto de algumas vezes não serem consultados na toma de decisões cruciais para os próprios, como aspectos relacionados com a sua saúde ou vida. Outros incidentes relatados, passaram ainda onde os idosos percepcionavam que era esperado pela parte deles o “aceitar” o desconforto e dor, ao invés de procurar ajuda, bem como o facto de terem um acesso mínimo a iniciativas de saúde preventivas. Apontaram ainda que por vezes não eram devidamente informados das razões para que os testes médicos a que estavam sujeitos, eram realizados. Em todos os casos, todos estes “incidentes” foram descritos como acontecimentos que se sucediam cara-a-cara, sendo que as pessoas mais velhas identificam o porque dos mesmos devido à percepção da sua idade.

De um certo modo, as pessoas mais velhas estão subconscientemente atentas e perceptíveis às várias formas de ageism que possam existir, e que de certa lhes são dirigidas (Minichiello, Browne & Kendig, 2000). Desenvolvem assim algumas estratégias para lidas com as situações, que por norma passam ou por se acomodaram com esta forma de preconceito existente, ou por tentarem negociar novas imagens do envelhecimento. Esta segunda estratégia serve então para minimizar os danos que as várias formas do idadismo possam trazer às suas vidas; assim, tentam demonstrar a outras pessoas alguns aspectos positivos do envelhecimento, como manter desafios intelectuais nas suas vidas, ter uma vida saudável a nível físico, tendo também uma alimentação e dieta saudáveis, entre outras actividades (Minichiello, Browne & Kendig, 2000).

De um modo geral, e nos serviços de saúde em particular, é possível observar atitudes preconceituosas em relação a idosos ((Pasupathi & Lockenhoff, 2002; Levy, Kostea, Slade & Myers, 2006; Weiss, 2008), nomeadamente quando os mesmos são excluídos dos ensaios clínicos, o baixo interesse que os médicos possam ter em seguir uma carreira na área da geriatria, o numero de pacientes observados ser diminuído com base na idade dos mesmos, o facto de os diagnósticos e decisões para o tratamento serem diferenciados conforme a idade do paciente, entre outras atitudes

Foram assim colocadas hipóteses que os profissionais de saúde tem predominantemente atitudes mais negativas para pessoas mais velhas, sendo que essas atitudes oferecem uma explanação para as práticas de idadeísmo que são exercidas nos serviços de saúde. Contudo, o estudo das atitudes face a pessoas mais velhas é principalmente explorado para melhores desenvolvimentos de currículos, e para um melhor treino médico e para novos estudantes (Kennedy, Goldstein, Norhcott, Husain, Nora, Sakauye, Baker & Scalmati, 1999), e ainda para aumentar o interesse na geriatria, como uma especialidade entre os novos profissionais. Muito menos atenção tem sido dada ao impacto que essas atitudes face ao envelhecimento possam ter na provisão de cuidados de saúde a idosos que requerem atenção especializada (Meisner, 2011).

Deste modo, a revisão da literatura face a este assunto não é consensual. Michielutte e Diseker (1985, cit in Meisner, 2011) descobriram que os médicos tendem a ver as pessoas mais velhas como desinteressantes, rígidas nas suas crenças e praticas, frequentemente irritáveis e muito religiosas. De forma semelhante, Monplaisir e Dufour (1982, cit in Meisner, 2011) afirmaram que os médicos, mais do que outros profissionais de saúde, eram significativamente mais cínicos e desconfiados para os seus pacientes mais idosos. Estes mesmos profissionais consideravam que os cuidados prestados aos mais velhos deveriam ser fornecidos por parte das famílias. Num estudo de campo de 18 meses, levado a cabo num hospital, onde mais de 50% dos pacientes teriam 65 anos ou mais, foi pedido a médicos que construíssem significados de “idade avançada”, em que os mesmos foram construídos através de conceitos como estarem sempre desocupados, serem pouco produtivos, inflexíveis, entre outros (Fineman, 1994, cit in Meisner, 2011). Estes atributos estereotipados eram generalizados a todos os pacientes idosos, independentemente das capacidades actuais dos idosos em particular. Algumas evidências, contudo, são um pouco divididas, sobre as atitudes para com os mais velhos. Por exemplo, alguns estudos descobriram que estas atitudes referidas não eram assim tão negativas, mas mais neutras (Barrow, 1971, cit in Meisner, 2011). Ainda mais, embora os profissionais de saúde possam reportar algumas atitudes um pouco negativas em relação ao envelhecimento e pessoas idosas, relativamente a noções como doenças, declínio funcional, ou mesmo morte, podem contudo suportar um grande numero de atitudes positivas em relação a outros aspectos, como a sabedoria, narrativas, e respeito (Chodosh e tal. 2000, cit in Meisner, 2011). Outras características positivas que foram apontadas, comparativamente com pacientes mais novos, foram o facto de as pessoas mais velhas serem consideradas como mais apreciadoras, agradáveis e que melhor ouviam (Helton & Pathman, 2008).

Assim, a presença de atitudes favoráveis é muito menos citada na bibliografia do que as negativas. Adicionalmente, estas atitudes positivas estão associadas com traços da personalidade e carácter, enquanto as negativas são tipicamente relacionadas com condições

médicas, sintomas, e défices no geral - na saúde, bem-estar, e capacidade funcional. (Meisner, 2011)

No estudo de Meisner (2011), as atitudes dos profissionais face aos pacientes idosos, demonstram também alguns resultados interessantes, nomeadamente o facto de estas serem positivas, não estaria associado à intenção de prestar cuidados de saúde aos mais velhos. Quando tomadas em conjunto, os factores como atitudes sobre envelhecimento, conhecimento e cuidados geriátricos, são inconclusivos para definir um cuidado de saúde com qualidade, entrando assim nesta relação outros factores, como o vencimento, condições de trabalho, entre outros.

O mesmo autor corroborou ainda algumas teorias em relação ao cuidado médico de pacientes idosos, nomeadamente o facto de estes serem de certo modo negligenciados, já que as suas doenças são percebidas como parte de um processo maturacional do envelhecimento (Meisner, 2011). Este estereótipo foi de facto provado no estudo de Meisner (2011), já que as descobertas sugerem que as pessoas mais velhas de facto têm uma maior probabilidade de receber tratamentos desnecessários devido aos seus processos normais de envelhecimento.

Muitos profissionais de saúde tem alguns deficits relativamente a conhecimentos da gerontologia, nomeadamente nas áreas de medicina, psiquiatria, enfermagem e serviços sociais, sendo ainda que alguns estudos demonstram que estes profissionais tratam das necessidades dos mais idosos de forma diferente, do que tratariam se estes fossem mais novos (Abyad, 2000; Schigelone, 2003).

Segundo Stuart- Hanilton e Mahoney (2003), o conhecimento sobre a velhice e os seus aspectos (positivos e negativos) é de difícil mensuração, sendo que para estes autores, a melhor forma para avaliar este conhecimento, seria através do Questionario de Factos sobre o Envelhecimento de Palmore (Palmore, 1977, *cit in* Stuart- Hanilton & Mahoney, 2003) muitas vezes conhecido pelo Questionário sobre Envelhecimento de Palmore. Assim, alguns estudos levantaram algumas questões como o facto de trabalhar com idosos suporia que esses indivíduos tivessem mais conhecimento ou não sobre o envelhecimento. Kline e Kline (1991, *cit in* Stuart- Hanilton & Mahoney, 2003) verificaram que o facto de se trabalhar com adultos mais velhos, não é directamente proporcional ao conhecimento que se tem sobre os mesmos e sobre o processo de envelhecer.

3.1. Ageism nos Profissionais de Saúde

De acordo com a literatura e como já referido anteriormente, muitos estudos sobre profissionais de saúde e as suas atitudes para os mais velhos tendem a concordar que estes

possuem as mesmas atitudes de ageism (ou piores) que a restante população da nossa sociedade contém (Kane, 2006; Palmore, 1999) Segundo Butler (1994, cit in Palmore, 1999), os estudantes de medicina aprendem a ver os seus pacientes mais idosos como em estado “vegetal”. Aparentemente várias causas podem estar associadas a este fenómeno, nomeadamente a falta de treino profissional, que não corrige os estereótipos sobre a idade, que são tão comuns na nossa sociedade. Assim, a maioria dos médicos são então educados para conhecerem as doenças e patologias entre os idosos, mas pouco sobre o envelhecimento social, psicológico e físico (Palmore, 1998, cit in Palmore, 1999); ao mesmo tempo, estes profissionais tendem a partilhar um grande medo sobre a morte, que associam à idade avançada (Vickio Cavanaugh, 1985, cit in Palmore, 1999).

Outra causa aponta ainda para o facto de os profissionais de saúde terem uma grande experiencia com idosos que de uma forma geral já se encontram debilitados, doentes, e muitas vezes já num estado senil (Palmore, 1999). Após alguns anos de tantas experiencias caracterizadas como negativas, estes profissionais tendem a esquecer que raramente observam idosos com saúde, começando a assumir que quase todos os idosos são como os seus pacientes doentes (Palmore, 1999). A própria experiencia familiar, com os pais ou outros familiares, podem também ir de encontro ou convergir com os sentimentos que têm sobre os restantes idosos (Schonfield, 1982, cit in Palmore, 1999).

Fineman (1994, cit in Palmore, 1999) entrevistou 42 médicos e enfermeiros, descobrindo que estes possuíam três tipos de estereótipos sobre as pessoas mais velhas: que não tinham compromissos e objectivos, que não eram produtivos, e que eram inflexíveis.

Segundo Grant (1996, cit in Palmore, 1999), embora os equívocos sobre o envelhecimento tenham vindo a diminuir entre os profissionais de saúde, as suas atitudes idadistas têm ainda efeitos negativos. Relativamente a enfermeiros, estes também revelam ter estereótipos e atitudes idadistas: pensam que os seus pacientes têm uma recuperação demasiada lenta, sofrem de deterioração em geral, são pouco interessantes e requerem de mais tempo destes profissionais para tarefas normais (Bernard, 1998; Carr, 1982; Olsen, 1982, cit in Palmore, 1999).

Estas atitudes interferem assim com o processo de cura: os pacientes podem reflectir estas expectativas negativas, ao acreditarem que as melhorias são de facto impossíveis, tendo uma fraca motivação para uma boa recuperação (Perrig-Chiello, 1999)

3.2. Profissionais de Saúde e Doença Mental

O estigma da doença mental, bem como todos os comportamentos discriminatórios provenientes de ideias preconcebidas da mesma já foi indicado como tendo um impacto substancial nas implicações de saúde pública: pode aumentar o *stress* e consequências de saúde, reforçar diferenças nos status económico-sociais, diminuir ou retardar a procura de ajuda profissional, ou até memos o término de tratamento em doenças que possam ser tratadas (Link & Phelan, 2006).

Segundo Schulze (2007) as atitudes dos profissionais de saúde face ao estigma da doença mental, foram apenas recentemente exploradas e estudadas, pois o focus sobre este tema, tem sido mais direccionado à população em geral. Assim, a maioria dos estudos que tem em conta as atitudes dos profissionais de saúde, compara-os as atitudes da população em geral. As descobertas neste sentido, revelam que os profissionais de saúde possuem atitudes idênticas às da população em geral, e muitas vezes, ainda mais negativas. Este facto, contradiz as hipóteses de alguns estudos, que esperavam atitudes por parte dos profissionais de saúde, mais positivas, devido a todo o seu conhecimento e contacto diário com doenças mentais (Schulze, 2007).

De uma forma geral, as percepções do estado mental ou funcionamento da memória de uma pessoa mais velha, tem sido mal compreendidos, exagerados, ou preenchidos com pensamentos estereotipados (Cherry, Allen, Jackson, Hawley & Brigman, 2010). Vários estudos têm demonstrado o facto de que o alto contacto ou exposição a pessoas idosas influencia a um melhor desenvolvimento de uma perspectiva mais realista e favorável do funcionamento do envelhecimento, bem como uma maior probabilidade desses indivíduos trabalharem com idosos. (Gutheil, Heyman & Chernesky (2009)

Os declínios na memória relacionados com a idade estão bem relatados na literatura. Para idosos saudáveis, os problemas de memória na velhice reflectem um processo normal e maturacional (Cherry & Smith, 1998). A perda normal de memória é caracterizada por comportamentos típicos de esquecimento do dia-a-dia (p.e. “onde coloquei as minhas chaves?”), sobre informações temporais (como algumas datas de aniversários), nomes de pessoas ou objectos e algumas acções ou intenções. Lapsos de memórias como este, diferem em muito de disfunções severas de memória vistas em pessoas com demências progressivas, como as que padecem da doença de Alzheimer (Cherry, Allen, Jackson, Hawley & Brigman, 2010).

Comparativamente com estudantes de saúde mental e profissionais de saúde mental, os segundos possuem um maior nível de conhecimento sobre problemas de memória (patológicos

e normais) sobre doenças degenerativas, como a doença de Alzheimer (Jackson, Cherry, Smitherman & Hawley, 2008).

A descoberta deste estudo é importante na medida da relevância em ensinar as pessoas que lidam com a saúde mental em idosos, na distinção do patológico com o normativo. Tal é importante devido ao facto de os deficits na memória serem normal ao longo do tempo, e por isso, muitas vezes é possível uma intervenção ou mesmo prevenção e reparação dessas perdas (Jackson, Cherry, Smitherman & Hawley, 2008).

Estes autores concluíram que comparativamente com os profissionais de saúde, os estudantes teriam atitudes mais preconceituosas relativamente à idade do que o primeiro grupo. Tal pode ser explicado face à sociedade de hoje em dia, claramente direccionada para os jovens, bem como a fraca exposição com idosos, estando esta dependente de observação, e por vezes contacto com pessoas alheias aos seus círculos (como vizinhos ou amigos), que pode também induzir os jovens falaciosamente (Jackson, Cherry, Smitherman & Hawley, 2008).

De facto, algumas patologias que podem aparecer mais provavelmente na velhice, como a demência, ainda não possuem cura, sendo que devido a este facto, muitas vezes é acreditado que intervenção nestes casos é mesmo desnecessária (Dunkelman Dressel, 1994; Kane, 2002; Laws, 1995, cit in Kane, 2006). Assim, os profissionais de saúde mental podem perceber os seus pacientes idosos como incapaz de mudanças, acreditando ainda que muitos deles estejam já comprometidos em termos cognitivos (Kane, 2006). Em termos de opções de serviço de saúde mental, James e Hayley (1995, cit in Kane, 2006) descobriram que poucos profissionais de saúde mental acreditavam que os idosos poderiam ser apropriados ou beneficiados de psicoterapia.

3.3. Melhoramento do atendimento

De um modo geral, tem-se dado bastante atenção à educação geriátrica que os profissionais de saúde deveriam receber, relativamente ao cuidado de pessoas mais velhas (Kover, Mezey & Harrington, 2002; Marcdante, Simpson, & Duthie, 2001). Segundo os autores, e de acordo com o seu estudo, a educação geriátrica é algo importantíssimo no que toca aos primeiros serviços de saúde, para um melhor e mais cuidado apoio à pessoa idosa. Muitas vezes esta educação não é valorizada, sendo por norma oferecida apenas à comunidade estudantil, mas é de facto fulcral a continuação de formação por parte dos nossos profissionais de saúde, muitas vezes negligenciada (Goins, Gainor. Pollard & Spencer, 2003).

No estudo de Rossen, Knafel e Flood (2008), foi apontado como importante o papel dos profissionais de saúde na promoção de um envelhecimento mais positivo para as pessoas

idosas, na medida que estas passam por um leque de transformações e mudanças na sua vida (quer a nível físico e corporal, quer a nível de papéis sócias - como a viuvez, ou o início da reforma, entre outros), sendo que estas mudanças irão alterar os seus padrões de vida e bem-estar. Assim, segundo os mesmos autores, os profissionais de saúde podem agir como uma ferramenta preciosa no encorajamento dos idosos aos novos aspectos da sua vida, bem como ajuda-los a perceberem os mesmos com uma atitude mais positiva.

Segundo os mesmos autores (Cherry, Allen, Jackson, Hawley & Brigman, 2010), a educação aos profissionais de saúde, bem como aos estudantes (não só os ligados exclusivamente a saúde ou cuidados de saúde, mas também a um maior leque de disciplinas e áreas) sobre o envelhecimento e o conhecimento sobre os problemas que a velhice suporta (sendo eles patológicos, degenerativos ou normativos) é algo de grande importância para mudar atitudes face ao envelhecimento. A modificação de estereótipos e falsas crenças sobre o “envelhecer” é assim importante para uma visão mais precisa, e mais positiva do envelhecimento, tentando dissipar crenças negativas, que contribuem para uma perspectiva cada vez mais negativa sobre o mesmo.

II.

Estudo Empírico

Como já foi referido, o presente estudo debruça-se em conhecer as imagens relativas ao envelhecimento e pessoas idosas em profissionais de saúde. Em função disto, uma imagem não será apenas uma forma de caracterização global, passa a ser uma representação social dos nossos próprios estereótipos, atitudes, crenças e mitos, tendo todos estes factores um impacto na nossa formação de informação (Ribeiro e Sousa, 2008).

Este estudo passa sobretudo por uma essência descritiva, pois pretende recolher os dados de forma sistemática, onde estes são tratados de forma estatística, sendo também um tipo de estudo transversal, ao recolher os dados num único momento.

Seguidamente serão descritos os objectivos desta investigação.

4. OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação insere-se no estudo das imagens da velhice e do envelhecimento em profissionais de saúde. Assim, em termos gerais, pretende-se aprofundar o conhecimento das imagens sobre o envelhecimento com estes profissionais num âmbito de um serviço hospitalar, centros de saúde e instituições privadas. Em termos mais específicos, os objectivos deste estudo passam por:

1. Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde de diferentes áreas.
2. Averiguar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde de diferentes grupos etários
3. Analisar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde do género feminino e do género masculino.
4. Analisar a correlação entre as imagens de envelhecimento e anos de experiência profissional.
5. Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde que têm e que não têm contacto/cuidados com pacientes idosos, no âmbito da sua atividade profissional.

6. Analisar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde com diferente formação e grau acadêmico
7. Analisar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde com e sem formação em gerontologia.
8. Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde que têm e que não têm contacto com pessoas idosas, no contexto pessoal e familiar.

5. MÉTODO

5.1. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram este estudo 211 sujeitos, com idades compreendidas entre os 22 e 60 anos. A média das idades dos participantes é de 37 anos ($DP= 9,276$), a mediana de 35 anos de idades, e a moda corresponde a 31 anos de idade.

Os participantes foram divididos em categorias relativamente à sua faixa etária, tendo surgido 3 categorias entre os 22 e 29 anos, com 50 participantes (23,7%); entre os 30 e os 39 anos, com 81 participantes (38,4%), e entre os 40 e os 60 anos de idade, com 80 participantes (37,9%).

Relativamente ao género, na amostra participaram 155 sujeitos do sexo feminino (73,5%) e 56 sujeitos do sexo masculino (26,5%).

Quanto à experiência profissional dos sujeitos, verificou-se que o mínimo de experiência corresponderia a 1 ano, e o máximo a 39 anos. A média da experiência profissional corresponde a 12,9 anos ($DP=8,7$).

Em relação às profissões dos sujeitos é relevante mencionar que a maior parte da amostra (48,8%) seriam enfermeiros, correspondendo a um total de 103 participantes; 14 participantes seriam médicos (6,6%), 13 psicólogos (6,2%), 24 Técnicos de Radiologia (11,4%), 19 Fisioterapeutas (9%), e os restantes 18,6 % da amostra, corresponderiam a outras profissões.

Dentro dos locais onde os profissionais exercem a sua profissão, foram encontrados 4 locais, nomeadamente Centros de Saúde, Instituições Privadas e Hospitais, com e sem atendimento a pacientes idosos - a percentagem dos sujeitos em cada local corresponde a 6,2% em Centros de Saúde (13 participantes), 19% em Instituições Privadas (40participantes), e 74,8 % em Hospitais (158 participantes).

Quanto ao local onde os participantes exercem a sua profissão, nomeadamente nos Hospitais, foram identificados os serviços com atendimento a idosos com 137 participantes (64,9%) e sem atendimento a idosos, com 21 participantes (10%).

Os dados apresentados, podem ainda ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra (N=211)

	N (%)
Faixa Etária	
22-29 anos	50 (23,7 %)
30-39 anos	81 (38,4 %)
40-60 anos	80 (37,9%)
Género	
Feminino	155 (73,5 %)
Masculino	56 (26,5 %)
Profissão	
Médico	14 (6.6 %)
Enfermeiro	103 (48,8 %)
Psicólogo	13 (6,2 %)
Técnico de Radiologia	24 (11,4%)
Fisioterapeuta	19 (9 %)
Outros	38 (18%)
Local de Profissão	
Centros de Saúde	13 (6,2 %)
Instituições Privadas	40 (19%)
Hospitais	158 (74,8 %)
Local de Profissão: Hospitais	
Com cuidados de saúde a pessoas idosas	137 (64,9%)
Sem cuidados de saúde a pessoas idosas	21 (10%)

Relativamente aos cuidados de saúde que os profissionais prestam a pessoas idosas, 182 sujeitos (86,3%) prestam cuidados a estes pacientes, sendo que dessa percentagem, 150

sujeitos (71,1%) prestam cuidados a idosos todos os dias, 21 sujeitos prestam cuidados a idosos duas a três vezes por semana (10%), 4 participantes atendem idosos uma vez por semana (1,9%), 5 participantes realizam cuidados a pacientes idosos menos de uma vez por semana (2,4%), e 2 participantes (0,9%) nunca realizam cuidados a pessoas mais velhas. Na amostra, ainda 29 sujeitos (13,7%) não prestam quaisquer cuidados a pessoas idosas.

Estes dados podem ser observados na tabela 2

Tabela 2. Distribuição da Amostra relativamente à Variável Prestação de cuidados de saúde a pacientes idosos

	N (%)
Prestação de Cuidados de Saúde	
Profissionais que prestam cuidados de Saúde a idosos	182 (86,3%)
Profissionais que não prestam cuidados de Saúde a idosos	29 (13,7)
Profissionais que prestam cuidados de Saúde a Idosos	
Nunca	2 (0,9 %)
Menos de uma vez por semana	5 (2,4 %)
Uma vez por semana	4 (1,9%)
Duas a três vezes por semana	21 (10%)
Todos os dias	150 (71,1%)

Relativamente às habilitações dos profissionais de saúde, 160 participantes (75,8%) possuem uma licenciatura, tendo os restantes profissionais (24,2%) outros graus académicos, como mestrados, doutoramentos e pós-graduações. Dentro da formação sobre envelhecimento, 149 sujeitos (70,6%) tiveram uma formação académica em gerontologia/ envelhecimento, e 62 participantes (29,4%) não tiveram qualquer tipo de formação.

Estes dados podem ser consultados na Tabela 3

Tabela 3. Distribuição da amostra relativamente às Variáveis Habilitações (N=209) e Formação em Gerontologia (N=211)

	N (%)
Habilitações	
Licenciatura	160 (75,8%)
Outro grau Académico	49 (23,2 %)
Formação em Gerontologia	
Sim	149 (70,6)
Não	62 (29,4 %)

Dentro da Formação em Gerontologia, foram ainda distinguidos os participantes que obtiveram esta formação através de Disciplinas/ Unidades Curriculares, Conteúdos de Disciplinas e Outros. 72 participantes (34,1%) obtiveram esta formação através de Disciplinas/ Unidades Curriculares; 56 participantes (26,5%) através de Disciplinas/ Unidades Curriculares e Conteúdos de Disciplinas; 13 participantes (6,2%) através de Conteúdos de Disciplinas; 4 participantes (1,9%) através de Disciplinas/ Unidades Curriculares, Conteúdos de Disciplinas e Outros; e 2 sujeitos (0,9%) através de Disciplinas/ Unidades Curriculares e Outros.

Estes resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Características do tipo de Formação em Gerontologia (N=147)

Tipo de Formação em Gerontologia	N (%)
Disciplinas/ Unidades Curriculares	72 (34,1%)
Disciplinas/ Unidades Curriculares e Conteúdos de Disciplinas	56 (26,5%)
Conteúdos de Disciplinas	13 (6,2 %)
Disciplinas/ Unidades Curriculares, Conteúdos de Disciplinas e Outros	4 (1,9%)
Disciplinas/ Unidades Curriculares e Outros	2 (0,9%)

Relativamente a esta formação, as Disciplinas/ unidades Curriculares mais encontradas, foram as Disciplinas de Gerontologia (13,7%), Enfermagem (13,3%), Psicologia (20%), seguindo-se Gerontologia/ Psicologia/ Envelhecimento (2,4%), Psicologia/ Enfermagem (1,9%), Gerontologia/ Psicologia/ Enfermagem/ Envelhecimento (1,9%), Envelhecimento

(1,9%), Gerontologia/ Psicologia/ Envelhecimento (2,4%) e Farmacologia (0,5%), onde 83 participantes (39,3%) afirmam que estas disciplinas foram facultadas de forma semestral, e 29 participantes (13,7%) afirmam que obtiveram estes conhecimentos anualmente.

Estes dados podem ser verificados na Tabela 5.

Tabela 5. Disciplinas/ Unidades Curriculares identificadas pelos participantes, relativamente à sua formação académica em gerontologia (N=95) e frequência dessas mesmas Disciplinas/ Unidades Curriculares (N=112)

	N (%)
Disciplinas/ Unidades Curriculares	
Gerontologia	29 (13,7%)
Psicologia	20 (9,5%)
Enfermagem	28 (13,3%)
Gerontologia/ Psicologia/ Envelhecimento	4 (1,9%)
Psicologia/ Enfermagem	4 (1,9%)
Gerontologia/ Psicologia/ Envelhecimento	4 (1,9%)
Enfermagem/ Envelhecimento	4 (1,9%)
Farmacologia	1 (0,5%)
Gerontologia/ Psicologia/ Envelhecimento	5 (2,4%)
Frequência das Disciplinas / Unidades Curriculares	
Semestrais	83 (39,3 %)
Anuais	29 (13,7%)

Em relação aos Conteúdos de Disciplinas, 13,3% foram através de Seminários/ Congressos, 6,6% através de Cursos, 4,7% através de Outros, 3,3% através de Cursos e Seminários/ Congressos, 1,9% através de Seminários/ Congressos e Workshops, e Cursos e Seminários/ Congressos e Workshops, respectivamente, e 0,9% através de Cursos e Workshops. Quanto à duração destes Conteúdos de Disciplinas, 21,3% corresponderam a mais do que 12 horas; 4,7% entre 9 a 12 horas; 4,3% entre 4 a 8 horas; e 2,4% inferior a 4 horas.

Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6. Conteúdos de Disciplinas identificados pelos participantes (N= 69) e duração temporária dos mesmos (N=142)

	N (%)
Conteúdos de Disciplinas	
Cursos	14 (6,6%)
Seminários/Congressos	28 (13,3%)
Outros	10 (4,7%)
Cursos e Seminários/Congressos	7 (3,3%)
Cursos e Workshops	2 (0,9%)
Seminários/Congressos e Workshops	4 (1,9%)
Cursos e Seminários/Congressos e Workshops	4 (1,9%)
Nº de horas despendidas para os Conteúdos de Disciplinas	
Inferior a 4 horas	5 (2,4%)
Entre 4 a 8 horas	9 (4,3%)
Entre 9 a 12 horas	10 (4,7 %)
Mais de 12 horas	45 (21,3 %)

Na categoria de “Outros”, 5 participantes afirmaram ter tido acções de Formação (0,5%), Tese de Mestrado em Gerontologia (0,5%) e Estágio Curricular (2,4%). Quanto à duração destas outras formas aprendidas pelos participantes como complemento à sua formação em gerontologia, 2,7% corresponderam a mais do que 12 horas; e 0,5% inferior a 4 horas.

Estes dados são verificáveis na Tabela 7.

Tabela 7. Outras formas de formação em gerontologia identificadas pelos participantes (N=5), e duração temporária dos mesmos (N=6)

	N (%)
Outros	
Acções de Formação	1 (0,5%)
Teses de Mestrado em Gerontologia	1 (0,5%)
Estágio Curricular	3 (1,4%)
Nº de horas despendidas para os Conteúdos de Disciplinas	
Inferior a 4 horas	1 (0,5%)
Mais de 12 horas	5 (2,4%)

Em relação ao contacto dos profissionais de saúde com pessoas idosas na família, 33,6% dos participantes afirma ter contacto com familiares idosos todos os dias; 23,7% duas a três vezes por semana; 19% uma vez por semana; 18% menos de uma vez por semana; 5,2% afirma nunca ter qualquer contacto.

Estes dados podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8. Frequência do contacto dos profissionais de saúde com pessoas idosas no seu âmbito familiar (N=210)

	N (%)
Contacto com pessoas idosas no âmbito familiar	
Nunca	11 (5,2%)
Menos de uma vez por semana	38 (18,0%)
Uma vez por semana	40 (19,0%)
Duas a três vezes por semana	50 (23,7%)
Todos os dias	71 (33,6%)

Quanto ao relacionamento com pessoas idosas sem patologia, 30,8 % dos participantes afirma ter um contacto com idosos sem patologia todos os dias; 21,8% duas a três vezes por semana; 17,5% menos de uma vez por semana; 15,2% nunca; e 13,7% uma vez por semana.

Estes resultados podem ser visualizados na Tabela 9

Tabela 9. Frequência do contacto dos profissionais de saúde com pessoas idosas sem patologia (N=209)

	N (%)
Contacto com pessoas sem patologia	
Nunca	32 (15,2%)
Menos de uma vez por semana	37 (17,5%)
Uma vez por semana	29 (13,7%)
Duas a três vezes por semana	46 (21,8%)
Todos os dias	65 (30,8%)

Os critérios de selecção da amostra passaram por todos os participantes serem profissionais de saúde, com habilitações académicas superiores ou iguais ao grau académico de Licenciatura. Referir ainda que este estudo se trata de um estudo transversal.

5.2. INSTRUMENTOS

No âmbito do estudo realizado, foram empregues o Questionário Sociodemográfico e a Escala ImAges, ambos aplicados individualmente (Anexo A).

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por seis questões fechadas, que incidem sobre a idade, género, profissão actual, experiência profissional da profissão, habilitações e formação académica (discernindo-se o tipo de formação - se através de Disciplinas/ Unidades Curriculares, Conteúdos de Disciplinas ou Outros, bem como a carga horária inerente a cada opção, e no caso de Disciplinas/ Unidades Curriculares, se as mesmas seriam semestrais ou anuais). O questionário abrange ainda três questões de resposta tipo Lickert.

Na primeira pergunta de resposta tipo Likert, é pedido aos participantes do estudo que avaliem o contacto com as pessoas idosas no âmbito do seu trabalho, nomeadamente se prestam entre cuidados aos mesmos (avaliando esses cuidados entre: “Nunca”, “Menos de uma vez por semana”, “Uma vez por semana”, “Duas a três vezes por semana” e “Todos os dias”).

Nas restantes duas perguntas é pedido aos participantes que avaliem de 1 a 5 a frequência com que se relacionam com pessoas idosas no âmbito do seu seio familiar, bem como a frequência com que se relacionam com pessoas idosas sem patologia.

Escala ImAges

No âmbito desta investigação, optou-se pelo uso da escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008), que foi desenvolvida para a população portuguesa com o objectivo de caracterizar as imagens do envelhecimento em diferentes grupos etários. Assim, a escala foi desenvolvida para “jovens” (13-27 anos de idade), “adultos” (33-47 anos de idade). “jovens-idosos” (53-67 anos de idade) e “muito idosos” (73-87 anos de idade).

Este instrumento foi ainda desenvolvido em várias fases, por Sousa, Cerqueira e Galante (2008). Inicialmente, houve uma recolha de itens de acordo com a literatura existente e

diversos instrumentos de estudo de imagens, estereótipos, atitudes ou crenças em relação à velhice e envelhecimento, realizando-se assim o estado da arte sobre a temática. Foi ainda utilizado um questionário composto por três frases que os participantes teriam que completar: “*Uma pessoa velha é...*”; “*A velhice é...*”; “*Sabemos que alguém está velho quando...*”. Após a análise efectuada, foram então obtidos os itens da escala, que foram organizados num questionário com respostas tipo Likert de 5 pontos (1- Discordo Totalmente, 2- Discordo, 3- Não concordo nem Discordo, 4- Concordo, 5- Concordo Totalmente) (Sousa, Cerqueira e Galante, 2008).

A escala surgiu assim com 146 itens, tendo sido depurada em dois momentos: num primeiro o questionário foi aplicado a uma amostra de 43 pessoas, onde lhe foi pedido que avaliassem os itens que representassem as mesmas ideias, bem como aqueles que para eles seriam pouco compreensíveis, tendo resultado este primeiro momento na construção de uma escala de 86 itens. Posteriormente a escala foi administrada novamente a uma amostra de conveniência, constituída por 160 sujeitos, tendo sido os dados analisados em componentes principais. Com este processo surgiu a necessidade de eliminação de vários itens, tendo a escala final chegado a uma componente de 32 itens.

Posteriormente foi estudada a estrutura factorial da escala, tendo sido analisado os itens em componentes principais (rotação varimax), onde puderam ser obtidos quatro factores, observáveis na tabela 10.

Tabela 10. Factores da Escala ImAges

<p style="text-align: center;">Factor 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência, Tristeza e Antiquado 	<p>Itens relacionados com: doença e perda de capacidades físicas, dependência, tristeza, solidão e viver de recordações.</p>
<p style="text-align: center;">Factor 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incompetência Relacional e Cognitiva 	<p>Itens relacionados com: diminuição do desempenho ao nível cognitivo e comportamentos sociais desajustados.</p>
<p style="text-align: center;">Factor 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maturidade, Actividade e Afectividade 	<p>Itens relacionados com: velhice como fase de maturidade e descrição da pessoa velha como activa e carinhosa.</p>
<p style="text-align: center;">Factor 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inutilidade 	<p>Itens relacionados com: velhice e pessoa velha descritas como não tendo contributos para oferecer.</p>

Estes factores indicam a multidimensionalidade da estrutura da escala e dos seus componentes, sendo que os factores Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência Relacional e Cognitiva e Inutilidade, demonstram as características negativas dos mesmos. O factor de Maturidade, Actividade e Afectividade, demonstra por outro lado, uma vertente positiva. Pode assim ser observável que as imagens negativas são mais complexas que as positivas (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Os itens a que correspondem cada factor podem ser observados na tabela 11.

Tabela 11. Factores e Itens da Escala ImAges

Factor 1: Dependência, Tristeza e Antiquado	
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão)
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)
13	A velhice é uma segunda infância
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros
Factor 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações

9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda
15	Uma pessoa velha é egoísta
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa
Factor 3: Maturidade, Actividade e Afectividade	
24	Uma pessoa velha sente-se bonita
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)
28	Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar
Factor 4: Inutilidade	
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)
17	As pessoas velhas são todas iguais
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa

Para a escala ImAges de Sousa, Cerqueira e Galante (2008), foi estudada a consistência interna onde se obtiveram para a escala global e para cada factor, valores aceitáveis. Estes dados podem ser observados na tabela 12.

~

Tabela 12. Alpha de Cronbach da escala, e dos respectivos factores

	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala Images (total)	0,86
Factor 1: Dependencia, Tristeza e Antiquado	0,90
Factor 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	0,83
Factor 3: Maturidade, Actividade e Afectividade	0,74
Factor 4: Inutilidade	0,68

No presente estudo, foi também calculado o *Alpha de Cronbach* relativamente aos quatro factores da Escala ImAges. Deste modo, o *Alpha de Cronbah* para o Factor 1 (Dependência, Tristeza e Antiquado), é de 0,799 que segundo Gliem e Gliem (2003) pode ser considerado como bom; para o Factor 2 (Incompetência Relacional e Cognitiva), o valor de *Alpha* foi de 0,83, que segundo Gliem e Gliem 2003, afirmam ser um valor bom; o valor de *Alpha* para o Factor 3 (Maturidade, Actividade e Afectividade) igualou-se a 0,77, considerado um valor bom (Gliem & Gliem,2003) finalmente para o Factor 4 (Inutilidade) o valor encontrado de *Alpha* correspondeu a 0,499, que segundo Gliem e Gliem (2003) é considerado como um valor pobre.

Os dados relativos aos valores de Alpha de Cronbach dos factores da escala ImAges podem ser observados na Tabela 13.

Tabela 13. Alpha de Cronbach dos respectivos factores (n=211)

	<i>Alpha de Cronbach</i>
Factor 1: Dependencia, Tristeza e Antiquado	0,799
Factor 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	0,83
Factor 3: Maturidade, Actividade e Afectividade	0,774
Factor 4: Inutilidade	0,499

6. PROCEDIMENTOS

Numa primeira fase deste trabalho, e após a escolha do tema, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica sobre o mesmo, por forma a averiguar o estado da arte. Assim, teve-se o cuidado de pesquisar as investigações sobre a temática pretendida, bem como instrumentos que pudessem avaliar os conceitos analisados. A procura de instrumentos foi um pouco difícil, devido à pouca existência de instrumentos utilizados e validados para a população portuguesa.

Como resultado da pesquisa, teve-se o conhecimento da escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008), que permite avaliar as imagens sobre o envelhecimento e pessoas idosas.

Deste modo, procedeu-se posteriormente à elaboração do questionário sociodemográfico no âmbito deste estudo. O estudo foi então divulgado junto da população-alvo, sobretudo em centros de saúde, instituições privadas e hospitais. Para além destes participantes, também colaboram neste estudo sujeitos que tiveram conhecimento do mesmo através de amigos, familiares ou vizinhos, bem como através de um questionário online (onde o número de participantes obtidos foi relativamente baixo, tendo sido a grande maioria dos questionários preenchidos com o investigador pessoalmente).

Foram ainda realizados alguns contactos necessários junto de certas instituições para pedir a autorização para se poderem aplicar os questionários (nomeadamente em instituições hospitalares, onde a segurança é mais rígida, e existem protocolos para se proceder a investigações dentro das mesmas). Estes contactos foram realizados informalmente, e posteriormente formalizados através de uma carta dirigida aos chefes de Serviço Hospitalar, Serviços de Administração e Directores de Departamento (a carta foi uniformizada para todos os pedidos) (Anexo B). Este pedido apenas se realizou em instituições que assim o exigiam, já que muitos profissionais foram abordados apenas com o seu consentimento oral.

No mês de Março/Abril, procedeu-se à realização de um pré-teste, com 7 profissionais de saúde. Este procedimento teve o objectivo de avaliar a adequação do questionário sociodemográfico, por forma a ser verificadas quais as dificuldades que poderiam emergir das questões colocadas. O questionário pareceu claro a quem o preencheu, pois não foram realizadas mudanças no mesmo.

Entre os meses de Maio e Junho de 2012, procedeu-se à aplicação individual dos questionários, onde se utilizou uma amostra por conveniência. Os participantes preencheram os dados e questões sozinhos. Durante a aplicação, houve alguma reticência por parte dos

profissionais de saúde devido ao escasso tempo que possuíam. Foi-lhes garantido o consentimento informado oralmente, bem como o seu completo anonimato de identidade.

6.1. ANÁLISE DE DADOS

No decorrer deste estudo, a análise dos dados foi realizada com base no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versão 20.0)*.

Assim, a primeira etapa passou pela construção da base de dados e inserção dos dados provenientes dos questionários aplicados, passando a ser-se calculado as estatísticas descritivas de modo a caracterizar a amostra do presente estudo; foram calculadas as frequências, médias, medianas, desvio-padrão, valores mínimos e máximos.

Posteriormente foi também calculado a consistência interna da escala ImAges, nomeadamente dos seus quatro factores, através do *Alpha de Cronbach (α)*, como medida de fiabilidade interna do instrumento. Este valor tende a aumentar com um número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. Assim, através deste procedimento temos a possibilidade de verificar o grau de confiança ou exatidão da informação obtida. Considera-se que um *alpha inferior* a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é pobre, entre 0,60 e 0,70 é questionável, entre 0,70 e 0,80 é aceitável, entre 0,80 e 0,90 é bom e quando maior que 0,90 é considerado excelente (Gliem & Gliem, 2003).

Para testar a normalidade da amostra foi ainda utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) ², permitindo a utilização de testes paramétricos no estudo (contudo, com uma amostra $n > 30$ seguiu-se ainda o Teorema do Limite Central, que assegura que em amostras com mais de 30 sujeitos esta tende para a normalidade)

Os testes paramétricos utilizados foram o teste t de Student, utilizado para averiguar as diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes, e a análise de variância (ANOVA), que segue o mesmo propósito que o teste paramétrico acima mencionado, mas verifica se existe diferenças estatisticamente significativas entre as médias superiores a dois grupos independentes.

Foi ainda calculado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a relação entre os anos de experiência dos profissionais de saúde e imagens presentes na escala ImAges. Considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0.8. Entre 0.4 e 0.8 a relação é considerada moderada, inferior a 0.4, a relação tende a ser vista como fraca (Poeschl, 2006). 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 0,69 é considerada moderada; de 0,70 a 0,89 é elevada, e superior a 0,89, é considerada muito elevada.

Para esta análise estatística dos resultados recolhidos foi estabelecido como nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Seguidamente irão ser apresentados os resultados a partir dos objetivos estabelecidos para este estudo.

- **Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde de diferentes áreas**

Devido a uma grande quantidade de profissões que surgiram nas respostas dos profissionais de saúde, e a grande discrepância existente entre o número de profissionais em cada profissão, resolveu-se codificar a variável em grupos, tendo surgido as seguintes profissões: médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de Radiologia, fisioterapeutas, e outros (onde estão inseridas todas as outras profissões abrangidas por este estudo).

Os resultados para o factor Dependência, Tristeza e Antiquado, apontam que os profissionais de saúde com uma média superior associada à dependência e tristeza, são os técnicos de Radiologia, com uma média de 38,67 ($DP= 6,08$), comparativamente com os profissionais na categoria “*outros*” ($M=33,50$; $DP= 6,08$). Estes dados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($F(5, 204) = 2,348$; $p = 0,042$).

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, verificam-se também diferenças estatisticamente significativas ($F(5, 204) = 3,365$; $p = 0,006$), sendo que são novamente os técnicos de Radiologia, com uma média de 17,21 ($DP= 4,96$) que apresentam mais imagens associadas a incompetência. O grupo de profissionais que apresenta menos imagens relativas a este factor são os psicólogos ($M=13,23$; $DP= 3,72$).

Relativamente ao factor Maturidade e Afectividade, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas ($F(5, 204)=1,692$; $p=0,128$). No entanto, são os profissionais categorizados como “*outros*”, com uma média de 21,42 ($DP= 3,12$) que mais associam os pacientes idosos e as pessoas idosas a imagens de maturidade, actividade e afectividade. De ressaltar que os psicólogos, com uma média de 21,31 - $DP= 2,78$, são os que pontuam com a segunda média superior neste factor. Os profissionais que menos

imagens de maturidade atribuem à pessoa idosa, são os técnicos de Radiologia, com uma média de 19,42 ($DP= 2,95$).

Finalmente, em relação ao último factor, Inutilidade, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($F (5, 204)= 2,438$; $p= 0,036$). Neste factor, os profissionais com uma média superior de 8,83 ($DP=1,93$), foram novamente os técnicos de Radiologia, sendo que os profissionais que apresentam menos imagens de inutilidade associadas ao envelhecimento são o grupo dos psicólogos, com uma média de 6,92 ($DP= 2,1$).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 14

Tabela 14. Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente à profissão (n=210)

	N	Média	Desvio Padrão	Df (B; W)	F
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Médicos	14	35,79	6,00	5, 204	0,042*
Enfermeiros	102	34,87	7,09		
Psicólogos	13	34,38	5,11		
Técnicos de Radiologia	24	38,67	6,08		
Fisioterapeutas	19	32,95	6,00		
Outros	38	33,50	6,08		
Incompetência relacional e Cognitiva					
Médicos	14	15,86	4,11	5, 204	0,006**
Enfermeiros	102	15,25	4,22		
Psicólogos	13	13,23	3,72		
Técnicos de Radiologia	24	17,21	4,96		
Fisioterapeutas	19	13,84	2,65		
Outros	38	13,66	3,20		
Maturidade e Afectividade					
Médicos	14	20,43	2,06	5, 204	0,138
Enfermeiros	102	20,63	2,79		
Psicólogos	13	21,31	2,78		
Técnicos de Radiologia	24	19,42	2,95		
Fisioterapeutas	19	20,53	2,17		
Outros	38	21,42	3,14		
Inutilidade					
Médicos	14	8,00	2,18	5, 204	0,036*
Enfermeiros	102	8,24	1,98		
Psicólogos	13	6,92	2,10		

Técnicos de Radiologia	24	8,83	1,93
Fisioterapeutas	19	7,53	1,54
Outros	38	7,84	1,24

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- **Averiguar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde de diferentes grupos etários**

Para averiguar as diferenças nas imagens do envelhecimento entre os profissionais de saúde relativamente à sua faixa etária, recorreu-se a uma recodificação da variável *Idade* nas seguintes faixas etárias: dos 22 anos aos 29 anos, dos 30 aos 39 anos, e por fim, dos 40 aos 60 anos de idade.

No factor Dependência, Tristeza e Antiquado não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias estabelecidas ($F(2, 207) = 1,829$; $p = 1,63$). Contudo, o índice médio de imagens de Dependência, Tristeza e Antiquado, de 35,98 ($DP = 7,06$) presente no grupo de indivíduos da faixa etária dos 40 aos 60 anos de idade é superior às médias apresentadas pelas faixas etárias dos 22 aos 29 anos ($M = 33,88$; $DP = 6,75$) e à faixa etária dos 30 aos 39 anos ($M = 34,49$; $DP = 6,05$).

Relativamente ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva (Factor 2), pode verificar-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias ($F(2, 207) = 3,162$; $p = 0,044$). Os resultados apontam novamente para uma média superior presente nos indivíduos da faixa etária dos 40 aos 60 anos de idade ($M = 15,86$; $DP = 4,86$), comparativamente com as médias dos indivíduos pertencentes às faixas etárias dos 22 aos 29 anos ($M = 14,62$; $DP = 3,48$) e dos 30 aos 39 anos ($M = 14,31$; $DP = 3,48$).

Quanto ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade (Factor 3) não houve diferenças estatisticamente significativas ($F(2, 207) = 0,179$; $p = 0,84$). A faixa etária dos 22 aos 29 anos surge com uma média de 20,87 ($DP = 2,93$); faixa etária dos 30 aos 39 anos: $M = 20,57 / DP = 2,61$; faixa etária dos 40 aos 60 anos: $M = 20,60 / DP = 2,95$).

No factor Inutilidade (Factor 4) foi observada a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias ($F(2, 207) = 3,207$; $p = 0,042$). O índice médio de imagens de Inutilidade é superior no grupo de indivíduos da faixa etária dos 40 aos 60 anos de idade ($M = 8,46$; $DP = 2,19$) do que nos grupos dos indivíduos das faixas etárias dos 22 aos 29 anos ($M = 8,00$; $DP = 1,60$) e dos 30 aos 39 anos ($M = 7,7215$; $DP = 1,62$).

Os resultados referentes à variável Idade podem ser observados na tabela 15

Tabela 15. Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente à faixa etária dos participantes (n=210)

	N	Média	Desvio Padrão	Df (B; W)	F
Dependência, Tristeza e Antiquado					
22 - 29 anos	50	33,88	6,75	2, 207	0,163
30-39 anos	80	34,35	6,05		
40-60 anos	80	34,91	6,64		
Incompetência relacional e Cognitiva					
22 - 29 anos	50	14,62	3,48	2, 207	0,044*
30-39 anos	80	14,31	3,49		
40-60 anos	80	15,86	4,86		
Maturidade e Afectividade					
22 - 29 anos	50	20,86	2,93	2, 207	0,836
30-39 anos	80	20,58	2,61		
40-60 anos	80	20,65	2,95		
Inutilidade					
22 - 29 anos	50	8,00	1,60	2, 207	0,042*
30-39 anos	80	7,72	1,62		
40-60 anos	80	8,46	2,19		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

- **Analisar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde do género feminino e do género masculino.**

Os resultados indicam que os participantes do sexo masculino apresentam um índice médio de imagens associadas ao envelhecimento superior ($M=35,59$; $DP= 6,26$) do que as participantes do sexo feminino ($M=34,67$; $DP= 6,78$), relativamente ao factor de Dependência, Tristeza e Antiquado. Estas diferenças não são estatisticamente significativas entre os géneros ($t(208) = -0,887; p=0,504$).

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados apontam novamente para uma média superior no grupo do sexo masculino, com $15,48$ ($DP=3,99$), em que as participantes do sexo feminino apresentam uma média de $14,79$ ($DP=4,1$). Todavia, mais

uma vez não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa ($t(208) = -1,077; p=0,708$).

Em relação ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade também não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($t(208) = 0,196; p= 0,193$). O grupo feminino apresenta uma média superior ($M=20,68; DP=2,93$) ao masculino ($M=20,59; DP=2,46$).

No factor Inutilidade os sujeitos do sexo feminino apresentam uma média superior ($M=8,13; DP= 1,93$) do que nos participantes do sexo masculino ($M=7,01; DP=1,72$). Mais uma vez, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t(207) = 0,747; p=0,455$).

Os resultados podem ser observados na tabela 16

Tabela 16. Resultados para a comparação de imagens nos sujeitos do sexo feminino e masculino (n=211)

	N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Dependência, Tristeza e Antiquado	154	34,67	6,78	208	-0,887
Feminino	56	35,59	6,26		
Masculino					
Incompetência relacional e Cognitiva	154	14,79	4,12	208	-0,077
Feminino	56	15,48	3,99		
Masculino					
Maturidade e Afectividade	154	20,67	2,93	208	0,196
Feminino	56	20,59	2,46		
Masculino					
Inutilidade	154	8,13	1,93	207	0,747
Feminino	55	7,91	1,72		
Masculino					

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- Analisar a correlação entre as imagens de envelhecimento e anos de experiência profissional.

A análise efectuada para verificar a correlação entre as imagens de envelhecimento e anos de experiência profissional, permite-nos verificar que no primeiro factor, no factor de Dependência, Tristeza e Antiquado, o coeficiente de correlação de Pearson indica uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa ($r=0,145$; $p= 0,04$). Tal sugere que quanto mais anos de experiência os profissionais de saúde possuem, aumentam de forma proporcional as imagens de envelhecimento associadas a dependência, tristeza e a imagem do idoso como sendo antiquado.

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, o coeficiente de Pearson indica uma correlação positiva e estatisticamente significativa, contudo fraca entre a experiência profissional e as imagens pertencentes a este factor ($r= 0,187$; $p= 0,008$). Neste sentido, quanto maior a experiência profissional dos participantes, maior o índice de imagens correspondentes a este factor, e quanto maiores forem os níveis de imagens relativas a esta dimensão, menor a experiência profissional entre os participantes do estudo.

Na análise do factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os dados indicam uma correlação negativa fraca e estatisticamente não significativa entre as variáveis ($r= -0,089$; $p= 0,206$). Devido a ser uma correlação negativa, pode verificar-se que quanto maior a experiência profissional, menos imagens de maturidade, actividade e afectividade são associadas ao envelhecimento.

Por fim, no último factor, o factor Inutilidade, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo que os dados indicam uma correlação positiva fraca ($r= 0,095$; $p= 0,179$). Deste modo, quanto maior a experiência profissional dos participantes, maior o número de imagens associadas à “inutilidade” relativamente ao processo de envelhecimento.

Os resultados podem ser observados na tabela 17.

Tabela 17. Resultados para a correlação entre as imagens sobre o envelhecimento relativamente aos anos de experiência laboral dos profissionais de saúde

<i>Anos de experiência laboral</i>	
<i>dos profissionais de saúde</i>	
Factor 1: Dependência, Tristeza e Antiquado	0,145*

Factor 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	0,187**
Factor 3: Maturidade, Actividade e Afectividade	-0,089
Factor 4: Inutilidade	0,095

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- **Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde que têm e que não têm contacto/cuidados com pacientes idosos, no âmbito da sua atividade profissional.**

Relativamente ao contacto intergeracional, nomeadamente aos cuidados de saúde prestados a pessoas idosas por profissionais de saúde, pode verificar-se uma média superior dos profissionais que não prestam cuidados de saúde a idosos ($M=36,58$; $DP= 6,55$) do que aqueles que prestam ($M=34,64$; $DP=6,64$), relativamente ao primeiro factor, Dependência, Tristeza e Antiquado. Contudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t (208) = -1,464$; $p=0,74$).

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, verificou-se novamente uma média superior nos profissionais de saúde que não prestam cuidados a pessoas idosas na sua profissão ($M=15,86$; $DP= 5,44$) do que aqueles que prestam ($M=14,83$; $DP=3,85$). Mais uma vez, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t (208) = -1,253$; $p=0,130$).

No factor Maturidade, Actividade e Afectividade, volta a não se verificar diferenças estatisticamente significativas ($t (208) = -1,073$; $p=0,110$). Mas de acordo com os restantes factores, existe uma média inferior nos profissionais que não prestam cuidados a pessoas idosas, de 21,17 ($DP=3,48$), comparativamente com aqueles que prestam cuidados ($M=20,57$; $DP= 2,69$).

Por ultimo, no factor Inutilidade, apresenta-se o mesmo quadro anterior: não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t (207) = -1,379$; $p=0,294$), mas mais uma vez, os profissionais que não prestam cuidados a idosos, voltam a apresentar uma maior média, 8,51 ($DP=2,53$), do que aqueles que prestam ($M=8,00$; $DP= 1,75$).

Estes resultados podem ser observados na tabela 18.

Tabela 18. Resultados para a comparação de imagens de envelhecimento nos sujeitos relativamente ao seu contacto/ cuidados com pacientes idosos no âmbito de actividade profissional (n=210)

	N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Dependência, Tristeza e Antiquado	181	34,64	6,63	208	-1,465
Sim	29	36,58	6,55		
Não					
Incompetência relacional e Cognitiva	181	14,83	3,85	208	-1,253
Sim	29	15,86	5,44		
Não					
Maturidade e Afectividade	181	20,57	2,69	208	-1,073
Sim	29	21,17	3,46		
Não					
Inutilidade	181	8,00	1,75	207	-1,379
Sim	29	8,52	2,53		
Não					

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

- Analisar se há diferenças nas imagens do envelhecimento comparativamente entre profissionais da área da saúde com e sem formação em gerontologia.

Nesta variável, onde foi perguntado aos profissionais se estes teriam tido algum tipo de formação em gerontologia na sua educação académica, pode-se constatar que no primeiro factor, Dependência, Tristeza e Antiquado, os profissionais com imagens associadas a estas características com uma maior média foram aqueles que não tiveram qualquer tipo de formação em gerontologia ($M=35,74$; $DP= 5,90$), comparativamente com aqueles que tiveram ($M=34,57$; $DP= 6,92$). Contudo não houve diferenças significativamente estatísticas ($t(208) = -1,170$; $p= 0,282$).

No que diz respeito ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, voltou-se a não se verificar diferenças estatisticamente significativas ($t(208) = -0,680$; $p= 0,84$). Contudo, da mesma forma que no primeiro factor, voltou a verificar-se uma média superior no grupo dos profissionais sem formação académica em gerontologia, de $15,27$ ($DP= 3,19$), analogamente ao grupo com formação na área da gerontologia ($M= 14,85$; $DP= 4,44$).

Em relação ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os profissionais com formação em gerontologia apresentaram uma media de 20,72 ($DP= 2,88$), superior à média presente no grupo dos profissionais sem a mesma formação ($M=20,50$; $DP= 3,19$), não se verificando no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($t (208)=0,508$; $p=0,419$).

Por fim, no quarto factor, Inutilidade, não se verificou novamente diferenças estatisticamente significativas ($t (207)= 0,438$; $p= 0,249$), sendo contudo passível de verificar uma média superior nos profissionais de saúde com formação em gerontologia, de 8,11 ($DP= 1,98$), relativamente aos profissionais sem essa mesma formação ($M= 7,98$; $DP= 1,61$).

Estes resultados podem ser observados na tabela 19.

Tabela 19. Resultados para a comparação de imagens de envelhecimento nos sujeitos relativamente à sua formação académica em gerontologia (n=210)

			N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Dependência, Antiquado	Tristeza	e	148	34,57	6,92	208	-1,170
		Sim	62	35,74	5,90		
		Não					
Incompetência Cognitiva	relacional	e	148	14,85	4,44	208	-0,680
		Sim	62	15,27	3,19		
		Não					
Maturidade e Afectividade							
Sim			148	20,72	2,88	208	0,508
Não			62	20,50	2,67		
Inutilidade							
Sim			147	8,11	1,98	207	0,438
Não			62	7,98	1,61		

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

- Averiguar se existem diferenças nas imagens de envelhecimento comparativamente entre profissionais de saúde que têm e que não têm contacto com pessoas idosas, no contexto pessoal e familiar

No que diz respeito à variável de contacto intergeracional (com idosos inseridos no círculo familiar), pode-se verificar que no primeiro factor, Dependência, Tristeza e Antiquado, os profissionais que se relacionam “*Todos os Dias*” com familiares idosos, apresentam uma média superior ($M= 34,41$; $DP=7,43$) do que aqueles que “*Nunca*” se relacionam com idosos nos seus meios familiares ($M=32,09$; $DP= 4,06$), não sendo contudo verificados diferenças estatisticamente significativas ($F (4, 204) =0,702$; $p= 0,591$)

No factor Incompetência Relacional e Cognitiva não foram novamente encontradas diferenças estatisticamente significativas ($F (4, 204) = 0,902$; $p=0,464$). No entanto, os participantes que apresentam mais imagens associadas à incompetência, são aqueles que se relacionam com familiares idosos “*Todos os dias*” ($M=15,68$; $DP=4,38$). Por outro lado, o grupo de participantes que apresenta menos imagens associadas a este factor, são aqueles que “*Nunca*” se relacionam com familiares idosos ($M=12,81$; $DP=3,28$).

Quanto ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os participantes que se relacionam com familiares idosos “*Uma vez por semana*”, apresentam uma média de 21,12 ($DP=2,73$), superior aos participantes que “*Nunca*” apresentam contacto com familiares idosos ($M=21,00$; $DP= 2,61$), bem como aos que apresentam esse contacto “*Menos de uma vez por semana*” ($M=20,26$; $DP=2,76$), “*Duas a três vezes por semana*” ($M=20,78$; $DP=2,68$) e “” ($M=20,43$; $DP=3,01$) Estas diferenças não se revelaram significativas ($F (4, 204)= 0,664$; $p=0,618$).

Por fim, no quarto e último factor, o facto Inutilidade, verificou-se novamente a inexistência de diferenças estatisticamente significativas ($F (4, 204)= 2,282$; $p=0,62$). Os participantes que apresentam uma maior media associada a esta factor, são aqueles que mantêm um contacto diário com os idosos em questão ($M=8,47$; $DP=1,92$), de forma oposta aos profissionais de saúde que “*Nunca*” mantêm contacto com familiares idosos, apresentando a menor média neste factor específico ($M=7,00$; $DP=0,89$).

Os resultados apresentados podem ser observados na tabela 20.

Tabela 20. Resultados para a comparação das imagens de envelhecimento relativamente ao contacto entre profissionais de saúde e familiares idosos (n=210)

	N	Média	Desvio Padrão	Df (B; W)	F
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Nunca	11	32,09	4,06	4, 204	0,591
Menos de uma vez por semana	38	35,46	6,58		
Uma vez por semana	40	34,83	5,47		
Duas a três vezes por semana	50	34,50	6,86		
Todos os dias	71	35,41	7,43		

Incompetência relacional e Cognitiva					
Nunca	11	13,82	3,28	4, 204	0,464
Menos de uma vez por semana	38	14,63	3,60		
Uma vez por semana	40	14,80	2,94		
Duas a três vezes por semana	50	14,64	4,94		
Todos os dias	71	15,68	4,38		
Maturidade e Afectividade					
Nunca	11	21,00	2,61	4, 204	0,618
Menos de uma vez por semana	38	20,26	2,76		
Uma vez por semana	40	21,15	2,73		
Duas a três vezes por semana	50	20,78	2,68		
Todos os dias	71	20,44	3,02		
Inutilidade					
Nunca	11	7,00	0,89	4, 204	0,062
Menos de uma vez por semana	38	8,226	1,43		
Uma vez por semana	40	7,85	1,23		
Duas a três vezes por semana	50	7,78	2,49		
Todos os dias	70	8,47	1,92		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando os resultados obtidos, podemos chegar à conclusão que os mesmos indicam que existe uma tendência para os profissionais de saúde apresentarem imagens negativas sobre o envelhecimento, tendo-se obtido mais resultados em imagens relativas a noções de tristeza, dependência, imagem do processo de envelhecimento como uma fase difícil, associado a doenças, em que o idoso necessita de ajuda e está dependente de terceiros. Comparando com o estudo de Ribeiro e Sousa (2008), tal não se verifica, já que no mesmo surgem resultados que indicam que os profissionais de saúde possuem imagens positivas e negativas sobre o envelhecimento.

Estes resultados vão de encontro a alguns estudos sobre o envelhecimento, onde muitas vezes as pessoas mais velhas são caricaturadas como frágeis, com fraca memória, e na idade da senilidade e da morte (Hepworth, 1995; Katz, 1996; Featherstone & Hepworth, 2000; Palmore, 1999). Ainda de acordo com a literatura, e corroborando mais uma vez os resultados obtidos nesta investigação, muitos estudos sobre profissionais de saúde tendem a concordar

que estes possuem uma percepção do envelhecimento que vai desde um *continuum* da neutralidade, até à negatividade extrema (Kane, 2006).

Por sua vez, o factor Incompetência Relacional e Cognitiva, demonstra mais uma vez congruência com alguns estudos que sugerem o envelhecimento e o idoso associados a conceitos de incompetência, solidão e isolamento (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, 2003; Rowe & Kahn, 1998, Stewart, Chipperfield, Perry, & Weiner, 2011), bem como a noção de inutilidade, onde a velhice é uma etapa triste da vida, e o idoso já não possui quaisquer objectivos, tendo já dado o seu contributo ao mundo (Fineman, 1994, *cit in* Palmore, 1999).

Os resultados apontam ainda uma reduzida associação do idoso a imagens positivas, corroborando outras investigações, onde o envelhecimento é comparado a uma fase negativa e final da vida (Fineman, 1994, *cit in* Palmore, 1999, Villar, 1995, Horton, Baker & Deakin, 2007). De facto, algumas concepções predominantes na nossa sociedade transmitem uma imagem do idoso como frágil e susceptível a doenças, incapaz (Hepworth, 1995; Katz, 1996; Featherstone & Hepworth, 2005), sendo muitas vezes associados a sentimentos de tristeza e solidão, e ainda de dependência (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner, 2003; Rowe & Kahn, 1998, Stewart, Chipperfield, Perry, & Weiner, 2011).

Relativamente ao objectivo geral estabelecido para o presente estudo, o de investigar as imagens de envelhecimento presentes nos profissionais de saúde, estes indicam algumas diferenças/ resultados a destacar, nomeadamente nos técnicos de Radiologia, que parecem apresentar uma média superior em todos os factores, exceptuando no factor que associa imagens positivas ao envelhecimento (Maturidade, Afectividade e Actividade). Provavelmente, tal pode ser explicado na medida que as outras profissões abordadas no estudo, como enfermeiros, médicos, psicólogos e fisioterapeutas, serem profissões mais relacionais, valorizando mais dimensões relacionadas com as emoções, dimensões psíquicas e sociais (Choi & Dinse, 1998). Os técnicos de radiologia distinguem-se um pouco das restantes profissões e no contacto com idosos nestas mesmas dimensões.

Face aos resultados obtidos, é importante realizar uma análise mais detalhada para cada factor da escala utilizada, onde se verificam resultados importante que devem ser mencionados. Assim, com diferenças estatisticamente significativas, os profissionais técnicos de radiologia, parecem apresentar mais imagens negativas associadas a tristeza, dependência, doenças, diminuição das capacidades físicas e de pobreza, comparativamente aos outros profissionais. Na dimensão da incompetência relacional e cognitiva, observam-se novamente diferenças estatisticamente significativas, sendo mais uma vez os técnicos de radiologia a associarem estas imagens aos idosos e ao processo de envelhecimento,

conceptualizando-os como pessoas que não cuidam do seu aspecto físico, têm menos responsabilidade, sentem menos as emoções, entre outros.

Relativamente às imagens positivas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, existindo contudo alguma tendência para que os psicólogos associem a velhice a uma fase boa da vida, em que o idoso ainda se pode sentir bonito, tendo vontade para viver bem e continuar uma vida normal. Estes dados vão mais uma vez de encontro aos estudos realizados na valorização de aspectos mais positivos por profissionais de áreas mais psicossociais (Choi & Dinse, 1998). Contudo, esta diferença também se pode justificar possivelmente, devido ao trabalho dos psicólogos estabelecer-se com idosos menos dependentes, e os restantes profissionais contactarem quase sempre com idosos em situações de doença físicas, apresentando-se mais frágeis a todos os níveis. Outra possível causa apontada para a existência de imagens mais negativas nestes profissionais, pode ser o facto dos mesmos terem uma panóplia de experiências negativas com pessoas idosas, que de forma geral já se encontram debilitados e doentes, muitas vezes já num estado senil (Palmore, 1999). Assim, segundo Palmore (1999), os profissionais tendem a esquecer os idosos que observam com saúde, começando a assumir e a generalizar que quase todos os idosos são como os seus pacientes doentes. Outros estudos, apontam ainda que as imagens positivas que os profissionais possam associar aos seus pacientes idosos, são relatadas em relação a aspectos como a sabedoria, narrativas e respeito (Chodosh et al. 2000, cit *in* Meisner, 2011), características essas valorizadas no âmbito da psicologia.

Já no factor de Inutilidade, constata-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que o grupo de profissionais de saúde com mais imagens negativas relacionadas a este factor, passa pelo grupo dos enfermeiros. Assim, são os enfermeiros que atribuem características aos idosos em termos da sua inutilidade, falta de vontade de viver, e de um modo geral que já ofereceram os seus contributos ao mundo. Tal resultado parece ir de encontro ao estudo de Fineman (1994, cit *in* Palmore, 1999), onde os resultados do mesmo apontavam três características e estereótipos identificados pelos enfermeiros sobre os idosos, como o facto de não serem produtivos, e possuírem falta de objectivos (Bernard, 1998; Carr, 1982).

Face a esta análise, observa-se que os profissionais de saúde como os técnicos de radiologia e enfermeiros possuem mais imagens negativas associadas ao idoso e ao envelhecimento do que as restantes profissões, sendo que os psicólogos tendem a apresentar uma concepção mais positiva do processo do envelhecimento.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados indicam que os profissionais do sexo masculino apresentam mais mais imagens negativas associadas ao envelhecimento, do que os profissionais do sexo feminino. Desta forma, os indivíduos do sexo masculino tendem a

apresentar mais imagens associadas a dependência, tristeza, doenças, diminuição das capacidades físicas e incapacidade, corroborando alguns estudos, onde os indivíduos do sexo masculino associam o envelhecimento à inatividade e isolamento (Veloz, Nascimento-Shulze Camargo, 1999; Murillo, Corra & Aguirre, 2006). Outros estudos apontam ainda para um sentimento de desadequação relativamente aos homens na sua masculinidade, ou seja, que com o fenómeno natural de envelhecer, os sujeitos do sexo masculino tendem a perceber-se como menos másculos, principalmente se comparados com homens mais novos (Thompson, 2006). Contudo, estes dados são inconclusivos, não apoiando integralmente estes estudos, devido a não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à idade, podem ser observadas algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente no segundo e quarto factor: Incompetência relacional e Cognitiva, e Inutilidade, respectivamente. Os profissionais que apresentam mais imagens dos idosos e do processo de envelhecimento são aqueles que se encontram na faixa dos 30 anos aos 39. Estes resultados vêm corroborar o estudo de Laditka, Fisher, Laditka e Segal (2004), onde foi constatado que o grupo de pessoas com um maior número de conceitos pré-definidos sobre o envelhecimento e as pessoas idosas, é o grupo de pessoas que se encontra na meia-idade. Tal facto parece ser evidenciado devido ao lugar hierárquico vital a que este grupo pertence, encontrando-se na posição da geração no “meio”, cuidando dos mais velhos e mais novos, parecendo serem estes os motivos de stress para o grupo referido.

Por outro lado, relativamente à experiência profissional, foram observáveis algumas diferenças estatisticamente significativas, relativamente a dois factores. Foram eles os factores de Dependência, Tristeza e Antiquado, e Incompetência relacional e Cognitiva. Neste sentido, é constatado que profissionais de saúde com mais experiência profissional, percebem as pessoas idosas e o processo de envelhecimento de forma mais negativa, do que aqueles com menos experiência profissional, possuindo imagens sobre o envelhecimento associadas a tristeza, dependência de terceiros, e as pessoas idosas como antiquadas. Da mesma forma, surgem ainda as conceptualizações do idoso como incompetente relacional e cognitivo, associadas ao desenvolvimento da carreira profissional dos participantes do estudo. Ou seja, quanto mais experientes no seu trabalho, mais imagens negativas associadas a estes conceitos possuem os profissionais de saúde.

No âmbito dos outros factores, e embora sem diferenças estatisticamente significativas, pode-se observar uma correlação entre os anos de experiência profissional, e as imagens de envelhecimento associadas à Maturidade, Actividade e Afectividade. Esta correlação indica que as imagens positivas tendem a diminuir conforme aumentem os anos de experiência. Desta forma, quanto mais experientes forem os profissionais de saúde menor a tendência para a existência de imagens positivas sobre o idoso (neste caso relacionadas com aspectos do

desenvolvimento do idoso, como a sua maturidade, actividades diárias, e afectividade). No factor Inutilidade, voltou a revelar-se uma correlação positiva, embora mais uma vez sem diferenças estatisticamente significativas, demonstrando mais uma vez a tendência para as imagens negativas estarem relacionadas com o desenvolvimento da carreira profissional.

De acordo com a literatura, os pacientes podem ainda ser vistos pelos profissionais como pacientes com uma recuperação mais lenta que os restantes pacientes mais jovens, requerendo mais atenções e tempo destes profissionais, em tarefas que seriam consideradas pelos mesmos como rotineiras e normais (Bernard, 1998; Butler, 1994, *cit in* Palmore, 1999; Carr, 1982), podendo ser um factor explanativo para os resultados encontrados. Ainda no estudo de Ribeiro e Sousa (2008), foram também encontradas algumas correlações entre a experiencia profissional, e o aumento de imagens negativas sobre o envelhecimento. Shulze (2007), aponta ainda com uma teoria sobre este fenómeno, devido à experiencia profissional com idosos ser quase em exclusivo com idosos “doentes”, sendo por isso que os profissionais possam ter uma visão da velhice mais incidente em idosos com envelhecimento patológico. Pode ainda acrescentar-se, que na maioria dos profissionais (exceptuando os psicólogos e outros profissionais considerados), como os médicos, enfermeiros, técnicos de radiologia e fisioterapeutas, centram na sua formação académica modelos mais focalizados na doença, sob um ponto de vista biomédico, daí a relevância na doença, dependência, incapacidade física.

Relativamente à formação em gerontologia, foi também um aspecto importante a ser considerado nesta investigação, tendo ainda sido vista como uma limitação no estudo de Ribeiro e Sousa (2008), por não ter sido considerado. Tal parece adequado, devido à profissão de saúde, inerente a cada participante, sendo importante estudar a etapa de desenvolvimento vital, que é a velhice. Deste modo foi observável a comparação entre os dois grupos presentes, nomeadamente o facto do grupo que não teve qualquer formação em gerontologia, ter imagens sobre o envelhecimento mais negativas que o grupo que obteve esta formação. Estes resultados são no entanto inconclusivos, devido a não se ter encontrado diferenças estatisticamente significativas- assim, constata-se uma tendência para os profissionais sem formação em conhecimentos gerontológicos identificarem as suas imagens sobre a pessoa idosa relacionadas com Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência Relacional e Cognitiva, e ainda Inutilidade. Esta tendência foi sugerida no estudo de Ribeiro e Sousa (2008).

De um modo geral, também a investigação tem demonstrado que de facto o conhecimento sobre o processo do envelhecimento, pode ajudar na diminuição de ideias estereotipados sobre o mesmo - de acordo com Stuart-Hanilton e Mahoney (2003), o conhecimento sobre a velhice e os seus aspectos (positivos e negativos) é de difícil mensuração, sendo que para

avaliar a mesma, é necessário a avaliação adequada desses conhecimentos, que de um modo geral influenciam a forma como conceptualizamos as imagens sobre o envelhecimento e pessoas idosas. Já no estudo de Ribeiro e Sousa (2008), os autores afirmam que devido a maior parte dos profissionais de saúde terem ao longo do seu percurso pessoal e profissional um conjunto de contato com idosos, sendo estas experiências influenciadas pela sociedade e cultura, será a formação académica que irá fazer com que estas mesmas imagens ganhem maior definição e se aproximem da realidade da velhice e do envelhecimento.

Foi ainda analisado neste estudo, a par com a experiência profissional, o facto de os profissionais de saúde terem contacto e prestarem cuidados a pessoas idosas no seu âmbito laboral. Assim, e mesmo sem diferenças estatisticamente significativas, foi possível verificar médias superiores nos profissionais de saúde que não prestavam quaisquer cuidados de saúde a idosos, no âmbito dos factores Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência Relacional e Cognitiva, e Inutilidade. Observa-se assim uma tendência entre a prestação de cuidados de saúde a pessoas idosas com as imagens sobre o processo de envelhecimento. Segundo Ribeiro e Sousa (2008), os profissionais sem experiência profissional com idosos, apresentam uma tendência mais negativa, acentuando as imagens que possuem de incompetência, dependência e imaturidade. Por outro lado, observa-se uma conceptualização dos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde a idosos mais amena do que aqueles que não prestam nenhuns cuidados, relativamente ao factor de Maturidade, Actividade e Afectividade.

No que diz respeito ao contacto com familiares idosos, e fora do contexto laboral, mais uma vez não são apresentadas diferenças estatisticamente significativas, mas denota-se uma diferença entre os profissionais que mantêm um contacto “diário” com os que não mantêm qualquer tipo de contacto com familiares idosos. Contudo, estas diferenças não vão de encontro ao esperado, já que os profissionais de saúde que contactam diariamente com pessoas idosas fora do seu contexto laboral, tendem a ter um maior número de imagens negativas que os profissionais que não possuem esse contacto. Estes resultados não parecem ir de encontro com algumas investigações, que afirmam que as atitudes velhistas tendem a diminuir nos profissionais mais experientes e com mais contacto com idosos (Herdman, 2002).

Segundo Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon (2000), o contacto com pessoas mais velhas é crucial face ao interesse e atitudes sobre as mesmas, sendo também crucial esse mesmo contacto, na medida em que irá influenciar o futuro possível de carreiras em gerontologia. Desta forma, embora exista literatura refutando as descobertas deste estudo, existem também descobertas que relatam o contrário. O contacto com pessoas mais velhas foi analisado como não tendo um impacto no interesse sobre o envelhecimento em estudantes de disciplinas de saúde (Dunkle & Hyde, 1995).

8. CONCLUSÕES

A realização deste estudo pode evidenciar que de um modo geral, a conceptualização das imagens sobre o envelhecimento, tenda a ser mais negativa, atribuindo imagens às pessoas idosas de tristeza, incompetência, doença, inutilidade, e onde a velhice é vista como uma fase difícil da vida. No entanto, também se pode verificar imagens positivas, associadas a bem-estar, maturidade e vontade de viver, não sendo contudo tão comuns entre a amostra, nem havendo diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao objectivo geral estabelecido para este estudo, ou seja, conhecer as imagens sobre o envelhecimento dos profissionais de saúde, foram observadas imagens da pessoa idosa com características mais negativas do que positivas. Estes resultados podem estar relacionados com vários factores. Foi apontado na discussão dos resultados, e também na revisão da literatura, que o interesse sobre o envelhecimento era relacionado com a escolha de carreira (Gorelik, Damron-Rodriguez, Funderburk & Solomon, 2000).

Foi assim relevante conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de radiologia, fisioterapeutas, entre outros), já que os dados permitem inferir que as imagens podem estar relacionadas com os cuidados e apoios prestados de saúde, e em consequência, pensar em algumas estratégias para melhorar o apoio.

Deste modo, a pertinência deste tema relaciona-se com as necessidades crescentes de prestação de cuidados a pessoas idosas dado o atual envelhecimento da população portuguesa. Um dos aspectos relacionados com a qualidade da prestação de cuidados a idosos são as representações e ideias sobre esta fase, sendo por isso necessário conhecer e desconstruir imagens que possam não estar de acordo com as evidências científicas sobre a velhice e que, inclusivamente possam prejudicar a forma como se prestam cuidados de saúde aos idosos. Parece então importante, atentar à escolha da profissão futura, com base nos interesses individuais, já que no âmbito de uma profissão de saúde, o profissional irá prestar cuidados a um vasto leque de idades, principalmente a idosos.

Uma análise interessante dos resultados e da revisão da literatura, passa ainda pelo facto de os profissionais de saúde terem uma série de pacientes idosos apresentados numa fase mais “deteriorada”, ou seja, que apenas procuram os cuidados médicos e profissionais após algum tipo de incidente que os debilita física ou mentalmente. Isto contribui para um acumular de experiências profissionais, de certo modo negativo. Assim, a par com toda a influência que todos nós possuímos no âmbito da nossa sociedade, para a conceptualização do idoso e do processo de envelhecimento de forma mais negativa, comparativamente com outras faixas

etárias, os profissionais de saúde recebem ainda um conjunto de experiências no âmbito da sua profissão, que poderão de certa forma corroborar estas ideias preconcebidas generalizando-as a toda a população idosa.

De um modo geral, as consequências de imagens negativas associadas ao envelhecimento, são de certa forma semelhantes às associadas a qualquer discriminação social: as pessoas têm a tendência a conformar-se com as imagens negativas do grupo discriminador, adoptando-as (Palmore, 1999).

Pareceu ainda interessante a tendência para o grupo dos psicólogos apresentarem imagens mais moderadas e positivas. Embora não sejam resultados conclusivos, devido à não existência de diferenças significativamente estatísticas, podem ser resultados para uma análise mais profunda, relativamente à integração de equipas multidisciplinares e trabalho em equipa, onde a existência de profissionais com imagens mais positivas e moderadas poderá exercer alguma influência positiva nos restantes membros da equipa (Ribeiro e Sousa, 2008).

Em relação a limitações deste estudo, pode salientar-se o facto de os dados terem sido recolhidos apenas com um instrumento, sendo que vários autores salientam a necessidade de usar instrumentos com características diferentes para melhor aceder às imagens, utilizando por exemplo uma escala e uma entrevista. Teria sido também pertinente perceber o tipo de contacto intergeracional que os profissionais de saúde mantêm ou já tiveram no passado, além de apenas escrutinar a frequência desse mesmo contacto, já que parece ser uma variável importante na decisão da carreira escolhida, bem como no desenvolvimento de futuras relações com idosos. De referir ainda que a amostra inquirida não é representativa dos profissionais de saúde que se encontram em Portugal, e como tal, os seus dados não devem ser generalizados a toda a população.

Desta forma, este estudo pode ser o ponto de partida para uma investigação mais aprofundada, a par com outros estudos também já realizados neste âmbito, demonstrando uma necessidade emergente na atenção a ter com a nossa população, cada vez mais envelhecida. Pois de facto pode ser algo grave, se as imagens e estereótipos sobre o envelhecimento continuarem a tomar proporções cada vez mais negativas, principalmente no âmbito da saúde e cuidados da mesma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abyad, A. (2000). Factors Influencing the Decision to Enter a Geriatric Fellowship Program. *Educational Gerontology*, 26, 97-105.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 55, 471-507.
- Blunk, E. M. & Williams, S. W. (1997). The effects of curriculum on preschool children's perceptions of the elderly. *Educational Gerontology*, 23, 233-241.
- Botelho, M. A. (2007). Idades avançada características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 191-195.
- Boudjemadia, V. & Ganab, K. (2011). Effet de la saillance de la mort sur l'âgisme implicite : implication de l'âge des stéréotypes et du sexe. *Revue européenne de psychologie appliquée*. doi:10.1016/j.erap.2011.11.002
- Bytheway, B. (2003). Visual representations of late life. In C. A. Faircloth (Ed.), *Aging bodies: Images & everyday experience* (pp. 29-55). California: Altamira Press.
- Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia*, 14 (28), 125 -137.
- Cherry, K. E., & Smith, A. D. (1998). Normal memory aging. In M. Hersen & V. B. Van Hasselt (Eds.), *Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 87-110). New York: Plenum Press.
- Cherry, K., E., Allen, P., D., Jackson, E., M., Hawley K., S. & Brigman, S. (2010). Knowledge of normal and pathological memory aging in college students, social workers, and health care professionals. *Educational Gerontology*, 36, 281-297. DOI: 10.1080/03601270903323950
- Choi, N. & Dinse, S-L. (1998). Challenges and opportunities of the aging population. *Educational Gerontology*, 25(6), 595-661.
- Coren, A., Andreassi, M., Blood, H., & Kent, B. (1987). Factors related to physical therapy students' decisions to work with elderly patients. *Physical Therapy*, 67(1), 60-65.
- Covey, H. C. (1991). *Images of older people in western art and society*. New York: Praeger.
- Cowan, D. T., Fitzpatrick, J. M., Roberts, J. D. & While, A. E. (2004). Measuring the knowledge and attitudes of health care staff toward older people: sensitivity of measurement instruments, *Educational Gerontology*, 30 (3), 237-254.
- Cristofovici, A. (1999). *Touching surfaces: Photographic aesthetics, temporality, aging*. New York: Editions Rodopi B.V.
- Cuddy, A. J. & Fiske, S. T. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older persons. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 2-26). Cambridge, MA: MIT Press.
- Cuddy, A., Norton, M., & Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 265–283.

- Cummings, S.M., Kropf, N. P., & DeWeaver, K. L. (2000): Knowledge of and Attitudes Toward Aging Among Non-Elders: Gender and Race Differences, *Journal of Women & Aging*, 12 (1-2), 77-91.
- Damron-Rodriguez, J. A., Kramer, B. J., & Gallagher-Thompson, D. (1998). Effect of geriatric clinical rotations on health professions trainees' attitudes about older adults. *Gerontology & Geriatrics Education*, 19(2), 67-79.
- Dinnerstein, M., & Weitz, R. (1994). Jane Fonda, Barbara Bush and other aging bodies: Femininity and the limits of resistance. *Gender Issues*, 14(2), 3-24.
- Dunkle, S. E., & Hyde, R. S. (1995). Predictors and subsequent decisions of physical therapy and nursing students to work with geriatric clients: An application of the theory of reasoned reaction. *Physical Therapy*, 75(7), 614-620.
- Featherstone, M., & Hepworth, M. (2005). Images of ageing: Cultural representations of later life. In M. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 354-362). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández-Ballesteros R, Caprara M. G, & Garcia L. F. (2005). Vivir con Vitalidad-M®: A European Multimedia Programme. *Psychology in Spain*, 9 (1), 1-12.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30.
- Foos, P., Clark, M. C., & Terrel, D. F. (2006). Adult Age, Gender, and Race Group Differences in Images of Aging. *The Journal of Genetic Psychology*, 167(3), 309-325.
- Gliem, J. A. & Gliem, R. R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Ohio State University, 82-88. <http://hdl.handle.net/1805/344>
- Goins, R. T., Gainor, S. J., Pollard, C. & Spencer, S. M. (2003). Geriatric knowledge and educational needs among rural health care professionals. *Educational Gerontology*, 29(3), 261-272.
- Gorelik, Y., Damron-Rodriguez, J., Funderburk, B, & Solomon, D. H. (2000). Undergraduate interest in aging: is it affected by contact with older adults? *Educational Gerontology*, 26 (7), 623-638.
- Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617-1628.
- Gutheil, I. A., Heyman, J. C., & Chernesky, R. H. (2009). Graduate social work students' interest in working with older adults. *The Journal of Social Work Education*, 28, 54-64.
- Helton, M.R. & Pathman, D.E., 2008. Caring for older patients: current attitudes and future plans of family medicine residents. *Family Medicine*, 40 (10), 707-714.
- Hepworth, M. (1995). Images of old age. In J. F. Nussbaum, & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (pp. 5-37). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

- Herdman, E.(2002). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 105-114 .
- Holliday, R. (1997).Understanding ageing. Cambridge: Cambridge University Press, 41-65.
- Horton, S., Baker, J. & Deakin, J. M. (2007). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Seniors in North American Society, *Educational Gerontology*, 33 (12), 1021-1035
- Jackson, E. M., , Cherry, K. E., Smitherman, E. A., & Hawley, K. S. (2008). Knowledge of memory aging and Alzheimer’s disease in college students and mental health professionals. *Aging & Mental Health*, 12 (2), 258-266.
- Jeste, D. V., Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*, 9, 78-84.
- Jönson, H. & Magnusson, J. A. (2001). A new age of old age? Gerotranscendence and the re-enchantment of aging. *Journal of Aging Studies*, 15, 317-331.
- Joyce, K., & Loe, M. (2010). A sociological approach to ageing, technology and health. *Sociology of Health & Illness*, 32 (2), 171-180.
- Kane, M. N. (2006). Social work students' perceptions about incompetence in elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 47 (3/4), 153-171.
- Katz, S. (1996). Disciplining old age: The formation of gerontologicaal knowledge. London: University Press of Virginia.
- Kennedy, G.J., Goldstein,M. Z., Norhcott, C. J.,Husain, M., Nora, R., Sakauye, K. M., Baker, F. M., & Scalmati, A.(1999) Evolution of the geriatric curriculum in general residency training: Recommendations for the coming decade. *Academic Psychiatry*, 23 (4), 187-197.
- Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, MA: MIT Press.
- Kover, C. T., Mezcy, M., & Harrington, C. (2002). Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society. *Health Affairs*, 21(5), 78-89.
- Krause, M. (2002). Social Representations of Psychological Problems: Contents and transformations. *Social Science Information*, 41 (4), 603-623. DOI: 10.1177/0539018402041004006
- Laditka, S. B., Fischer, M. James, Laditka, N. & Segal, D. R. (2004). Attitudes about aging and gender among young, middle age, and older college-based students, *Educational Gerontology*, 30 (5), 403-421.
- Lee, M. M., Carpenter, B., & Meyers, L. S. (2007). Representations of older adults in television advertisements. *Journal of Aging Studies*, 21, 23-30.
- Levy, B., Kostas, J., Slade, M. & Myers, L. (2006). Exclusion of elderly persons from health-risk behavior clinical trials. *Preventive Medicine*, 43 (2), 80-85.

- Lewis, D. C., Medvedev, K., & Seponski, D. M. (2011). Awakening to the desires of older women: Deconstructing ageism within fashion magazines. *Journal of Aging Studies*, 25, 101-109.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367, 528-529.
- Lumme-Sandt, K. (2011). Images of aging in a 50 + magazine. *Journal of Aging Studies*, 25(1), 45-51.
- Marcdante, K. W., Simpson, D., & Duthie, E. (2001). Threading geriatrics content through a four-year curriculum. *Academic Medicine*, 76(5), 526-527.
- Markson, E. W. (2003). The female aging body through film. In C. A. Faircloth (Ed.). *Aging bodies: Images and everyday experience* (pp. 77-103). California: Altamira Press.
- McHugh, K. E. (2003). Three faces of ageism: Society, image, place. *Ageing & Society*, 23, 165-185.
- Meisner, B. A. (2011). Physicians' attitudes toward aging, the aged, and the provision of geriatric care: a systematic narrative review. *Critical Public Health*. DOI:10.1080/09581596.2010.539592
- Minichiello, V. Browne, J., & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society* 20, 253-278.
- Murillo, E.N., Correa, M.P.C. & Aguirre, O.L.C. (2006). Representaciones de la vejez en relación con el proceso Salud- Enfermedad de un grupo de ancianos, *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 107-118.
- Neikrug, S.M. (1998). The value of gerontological knowledge for elders: A study of the relationship between knowledge on aging and worry about the future. *Educational Gerontology*, 24, 287-296.
- Ng, S. H. (2002). Will families support their elders? Answers from across cultures. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 295-309). Cambridge, MA: MIT Press.
- Organização Mundial de Saúde. The world health report. Geneva; 2001.
- Ory, M., Hoffman, M.K., Hawkins, M., & Sanner, B. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventative Medicine*, 25, 164-171.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2nd ed.). New York: Springer.
- Pasupathi, M. and Lockenhoff, C.E., 2002. Ageist behavior. In: T. Nelson, ed. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press, 201-246.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Perrig-Chiello, P. (1999). Health control beliefs in old age relationship with subjective and objective health, and health behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (1), 83-94.

- Phoenis, C., Smith, B. & Sparkes, A. C. (2010). Narrative analysis in aging studies: A typology for consideration. *Journal of Aging Studies*, 24, 1-11.
- Randall, W. (2007). Narrative and chaos, acknowledging the novelty of lives-in-time. *Interchange*, 38(4), 1-24.
- Ribeiro, A. & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 22-38.
- Richards, N., Warren, L. & Gott, M. (2012). The challenge of creating ‘alternative’ images of ageing: Lessons from a project with older women. *Journal of Aging Studies*, 26, 65-78.
- Rossen, E. K., Knafl, K. A. & Flood, M. (2008). Older Women’s Perceptions of Successful Aging. *Activities, Adaptation & Aging*, 32 (2), 73-88.
- Rousch, R. (1990). *Statewide project to include aging content in colleges of pharmacy*. Houston, TX: Texas Consortium Geriatric Education Center.
- Schigelone, A., R., S. (2003). How can I ignore the why? A theoretical approach to health care professional’s attitudes toward older adults. *Journal of Gerontological social work*, 40(3), 31-50.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Siqueira, R., Botelho, M., & Coelho, F. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Cadernos de Saúde Colectiva*, 7 (4), 899-906.
- Sivis, R. & McCrae, C. S. (2009). Mental health professionals in gerontology: an insight into their perceptions, experiences, and needs. *Clinical Gerontologist*, 33 (1), 16-20.
- Sousa, L. & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa, *Kairós*, 9 (2), 69-86.
- Sousa, L., Cerqueira, M. & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among the Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 18, 1-14.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Stewart, T. L.; Chipperfield, J. G.; Perry, R. P. & Weiner, B. (2011). Attributing illness to ‘old age: Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health*, 1-17.
- Stuart-Hamilton, I., & Mahoney, B. (2003). The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educational Gerontology*, 29, 251-260.
- Thompson, E. H. (2006). Images of Old Men’s Masculinity: Still a Man? *Sex Roles*, 55, 633-648.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence; a reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 1 (1), 55 - 63.
- Tornstam, L. (2006). The Complexity of Ageism International. *Journal of Ageing and Later Life*, 1 (1), 43-68.

- Veloz, M.C.T., Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (1999). Representações Sociais do Envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 1-19.
- Villar, F. (1995). Percepción de patrones de envejecimiento: unidireccionalidad o multidireccionalidad? *Anuário de Psicologia*, 66, 65-81.
- Weiss, B.D., 2008. Geriatrics: in our residents’ future whether they know it and like it or not. *Family Medicine*, 40 (10), 741-743.
- Wenzel, M. P. S., & Sörenson, S. (2000). Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work. *Educationat Gerontotogy*, 26, 523-540.
- Williams, A., & Garrett, P. (2002). Communication evaluations across the life span. From adolescent storm and stress to elder aches and pains. *Journal of Language and Social Psychology*, 21, 101-126.
- Williams, A., Yläne, V., & Wadleigh, P. M. (2007). Selling the ‘Elixir of Life’: Images of the elderly in an Olivio advertising campaign. *Journal of Aging Studies*, 21, 1-21.
- Woodward, K. (1991). *Aging and its discontents: Freud and other fictions*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Anexo A



Questionário nº. _____

Este questionário tem como objetivo avaliar as imagens sobre o envelhecimento em profissionais de saúde. Para tal, pedimos-lhe que responda a este questionário, que irá demorar entre 5 a 10 minutos a ser respondido. Salienta-se que **não existem respostas certas ou erradas, interessa-nos a sua opinião, e que responda a todas as perguntas**. As respostas são anónimas e confidenciais. Agradecemos desde já a sua colaboração!

Dados Sociodemográficos:

1. **Idade:** _____ Anos

2. **Género:** a) Feminino b) Masculino

3. **Profissão (actual):** _____

Centro de Saúde Instituição Privada Outro _____
 Hospital - Serviço _____

Há quantos anos exerce a sua profissão actual? _____ Anos

4. **No âmbito do seu trabalho como profissional de saúde, atende/ presta cuidados a pessoas idosas (com mais de 65 anos)?**

a) Sim b) Não

c) Se **Sim**, com que frequência?

1	2	3	4	5
Nunca	Menos de uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por semana	Todos os dias

5. **Habilitações:** _____

6. **Na sua formação académica teve algum tipo de formação/ conteúdos em gerontologia/ envelhecimento?**

a) Sim b) Não

c) Se **Sim**, foi através de:

- **Disciplinas / Unidades Curriculares** **Quais?** _____

Semestrais

Anuais

Conteúdos de Disciplinas

Cursos	Seminários/ Congressos	Workshops	Outros:

<u>Duração dos conteúdos:</u>	<input type="checkbox"/> Inferior a 4 horas	<input type="checkbox"/> Entre 4 e 8 horas
	<input type="checkbox"/> Entre 9 e 12 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 12 horas

- **Outros**

Quais? _____

<u>Duração dos conteúdos:</u>	<input type="checkbox"/> Inferior a 4 horas	<input type="checkbox"/> Entre 4 e 8 horas
	<input type="checkbox"/> Entre 9 e 12 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 12 horas

7. **Com que frequência se relaciona com pessoas idosas da sua família (entendido cronologicamente como pessoas com idade superior ou igual a 65 anos)?**

1	2	3	4	5
Nunca	Menos de uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por semana	Todos os dias

8. **Com que frequência se relaciona com pessoas idosas sem patologia?**

1	2	3	4	5
Nunca	Menos de uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por semana	Todos os dias

Escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002)

Assinale com uma cruz (X) a resposta que corresponde à sua opinião pessoal, tendo em conta as seguintes afirmações.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspeto físico					
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)					
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada					
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)					
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações					
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)					
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas					
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre					
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente					
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros					
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor, ...)					
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)					
13	A velhice é uma segunda infância					
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda					
15	Uma pessoa velha é egoísta					
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade					
17	As pessoas velhas são todas iguais					
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias					
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas					
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros					
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso					
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela					
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo					
24	Uma pessoa velha sente-se bonita					
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa					
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver					
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade para desfrutar, alegria e felicidade)					
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa					
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal					
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros					
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa					
32	Uma pessoa velha é ativa e esforça-se por assim continuar					

Anexo B

Exmo Senhor
Dig.mo Presidente do Conselho de Administração/ Chefe de Serviço/ Chefe de
Departamento do
Hospital/ Instituição

Assunto: *Projecto de investigação – Imagens de Envelhecimento em Profissionais de Saúde – Técnicos Superiores.*

Venho por este meio solicitar a V.Ex.^a. a devida autorização para efectuar um estudo de investigação denominado “Imagens de Envelhecimento em Profissionais de Saúde – Técnicos Superiores.

Trata-se de um estudo quantitativo, cuja amostragem compreende técnicos superiores de saúde, que estejam a trabalhar e em contacto com utentes, que aceitem participar, mediante o consentimento informado.

Aos profissionais de saúde que aceitem colaborar no estudo será solicitado:

1. Preenchimento de um questionário: Questionários Sociodemográfico com a Escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008)

O estudo será objecto da dissertação de Mestrado

Com os melhores cumprimentos