

INTRODUÇÃO

A temática da velhice e do processo de envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade, devido a um crescente aumento da população mundial, levando a um aumento progressivo da população envelhecida. Isto deve-se em parte à redução das taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida, proporcionada pelos avanços tecnológicos em diversas áreas científicas.

O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem reflectir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de actividades que mantém, bem como nas interacções sociais. O envelhecimento é ainda um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo, pois sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. No entanto, para além das perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, este é também visto como uma fase de maior maturidade e experiência de vida. É no entanto com o envelhecimento patológico que aspectos negativos tendem a surgir, como a incapacidade, a dependência, imaturidade e tristeza.

Face ao processo de envelhecimento que se verifica actualmente, a imagem de idoso e de velhice, nas sociedades modernas, é marcada pela decadência física e pela ausência de papéis sociais, onde não é dado o devido valor ao idoso, e onde por vezes se recusa o próprio processo de envelhecimento. Assim, prevalece uma visão negativa do idoso e do processo de envelhecimento, onde lhe são atribuídas imagens e estereótipos negativos.

Neste trabalho, o conceito de imagens e estereótipos, assume um papel preponderante, pois ambos reflectem as atitudes, preconceitos e representações, utilizadas para categorizar e caracterizar determinados grupos sociais, nomeadamente o idoso e o envelhecimento.

No caso do envelhecimento, os estereótipos e imagens baseados em crenças de que o próprio declínio biológico causa limitações do ponto de vista comportamental, têm a finalidade de discriminar, e por vezes colocar de parte a população idosa (Paulino, 2007).

Assim, parece necessária uma revisão de estereótipos e de imagens associadas ao envelhecimento, e segundo Debert (cit in Paulino, 2007), os grupos indicados para realizar estes objectivos, são os profissionais de Gerontologia, os meios de comunicação social, e os próprios idosos.

Com base nisto, a realização deste estudo focou-se principalmente nos idosos, e na forma como estes percebem a velhice, o idoso e o envelhecimento, pois se é a esta faixa etária que as outras pessoas tendem a atribuir uma imagem globalmente negativa, parece importante conhecer a forma como o idoso caracteriza o envelhecimento, até porque se acredita que este é o grupo que por estar a vivenciar o processo de envelhecimento é aquele que apresenta maiores condições para contribuir para o aumento do conhecimento a respeito do envelhecimento, possibilitando uma diminuição dos próprios estereótipos.

No entanto, face à grande variabilidade existente entre os idosos, e face às variáveis que podem influenciar as características que o idoso atribui ao envelhecimento, introduz-se o fenómeno da institucionalização do idoso, para averiguar o tipo de imagens e estereótipos que os idosos institucionalizados e não institucionalizados comumente atribuem ao idoso e ao envelhecimento.

Assim, parece importante fazer uma breve referência à institucionalização do idoso, e a algumas características que a acompanham, visto que, esta tem sido uma constante na sociedade actual, não só devido ao aumento da população idosa, mas também devido às novas exigências da competitividade e do mundo do trabalho, que deixam muitas vezes a família sem tempo para cuidar do idoso.

Falando um pouco sobre as causas que podem levar o idoso à institucionalização, encontram-se a idade avançada do idoso, o morar sozinho, a existência de doenças, limitações ao nível das actividades da vida diária, ausência de suporte social ou pobreza. Também a viuvez, a existência de deficiências físicas ou mentais e dificuldades económicas são apontadas como possíveis causas da institucionalização. Assim, as causas podem ser variada ordem, sendo que dificilmente se encontram de forma isolada (Almeida, 2008).

A literatura debruça-se ainda nas consequências que a institucionalização pode trazer ao idoso, entre as quais o afastamento do convívio social e familiar, exigências de adaptação a uma nova situação, novas rotinas, novos contactos e interações com pessoas que não conhece, o que pode gerar no idoso sentimentos de angústia, medo, revolta e insegurança (Almeida, 2008). Segundo Custódio (2008), o idoso institucionalizado tende a sentir-se triste, só e abandonado, com dificuldades de adaptação a este processo de institucionalização, e mesmo aqueles que parecem integrados, quase sempre manifestam a preferência de permanecer na sua casa. O próprio ambiente institucional, desempenha um papel importante

na qualidade do processo de envelhecimento, surgindo como um elemento facilitador do envelhecimento (Almeida & Rodrigues, 2008).

Face ao que foi referido, parece importante averiguar a forma como os idosos institucionalizados e não institucionalizados percebem o envelhecimento e a velhice, percebendo, ao mesmo tempo, se o facto de o idoso estar institucionalizado, pode de algum modo estar relacionado com o tipo de características que este atribui ao idoso e ao envelhecimento, dadas as características geralmente associadas à institucionalização.

Assim, para responder aos objectivos delineados, neste estudo recorreu-se a um questionário sócio-demográfico, e à escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008), aplicados a uma amostra de 120 idosos, entre os quais 60 (50%) eram idosos institucionalizados, e 60 (50%) eram idosos não institucionalizados.

Esta investigação encontra-se organizada em três partes. A primeira parte, de carácter teórico, está dividida em quatro capítulos, em que, no primeiro capítulo se procura definir teoricamente o conceito de Envelhecimento e de Velhice, bem como fazer uma descrição das principais alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o envelhecimento; no segundo capítulo, são definidos os conceitos de Imagens e Estereótipos, e são apresentados os modelos teóricos que neste trabalho parecem ser mais relevantes na explicação e compreensão da formação dos estereótipos. Por sua vez, no capítulo quatro, procura-se abordar as principais imagens e estereótipos associados ao envelhecimento, bem como as formas que a estereotipização face ao idoso pode tomar, para depois inserir um novo conceito, o de Auto-estereótipos. Por fim, no quarto capítulo, são apresentados os estudos revistos acerca da avaliação dos estereótipos em idosos.

Por sua vez, na segunda parte deste trabalho, procede-se à apresentação do estudo espírito efectuado, através do seu enquadramento, definição de objectivos, descrição da metodologia utilizada, descrição da amostra e a descrição e análise dos resultados obtidos. Por último, num terceiro momento, são elaboradas as principais conclusões deste estudo.

I.

PARTE TEÓRICA

1. O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

1.1. A velhice e o envelhecimento ao longo da história

Nas antigas civilizações, como o Egito e a China, a velhice era considerada uma parte importante da comunidade, em que os idosos apareciam associados à divindade, à política, à família e à sabedoria. Já os Maias, Astecas e os Incas, relacionavam o idoso com aspectos mitológicos, religiosos e filosóficos, considerando-os indivíduos com sabedoria e experiência (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009).

Platão (427-347 A.C.), na obra “*A Republica*” define a velhice como uma fase caracterizada pela prudência, sensatez e capacidade de juízo. Já Aristóteles considerava a velhice como uma quarta idade, caracterizada pela senilidade, deterioração e doença, situando a velhice nos 50 anos de idade. Por sua vez, Hipócrates associou a velhice ao “Inverno” e aos 56 anos (Ribeiro, 2007; Silva, 2006). Também Séneca (4-65 D.C.) define a velhice numa perspectiva negativa, como uma doença incurável. No entanto, Cícero (106-43 A.C.) apresenta novamente a velhice de uma forma positiva, em que a idade de máximo exponencial a nível intelectual seria aos 80 anos. No ano de 129-199 D.C, surge Galeno de Pérgamo, caracterizando a velhice não como uma doença, mas como uma fase normal da vida (Ribeiro, 2007).

Na Idade Renascentista e na idade média, a percepção negativa do envelhecimento continuou a manifestar-se: a mulher idosa era vista como bruxa e aliada a agentes diabólicos, e os idosos no geral, eram vistos como obedientes e escravos dos mais fortes (Ribeiro, 2007). Aqui, valorizava-se sobretudo a juventude e a beleza das mulheres jovens (Santos, 2008 a).

O século XVIII constrói uma nova imagem de velhice, em que a pessoa velha é vista como mais simpática, associada a sabedoria, e os avós assumem o papel de educadores, que transmitem às crianças o gosto pelas histórias (Silva, 2006).

No século XIX, com a emergência da classe operária, surge uma configuração de velhice abandonada, numa sociedade que privilegia o trabalho na fábrica. A economia começa a sentir a população envelhecida sem trabalho, sem rendimentos e sem protecção familiar. As associações e o Estado iniciam um processo de institucionalização para as pessoas mais velhas. Com a industrialização, inverte-se ainda a posição de poder dos grupos de idade ao

incorporar cada vez mais indivíduos jovens no trabalho mecânico, dispensando os indivíduos ‘*de idade*’ com o pretexto de inutilidade, destituindo-os do poder que anteriormente possuíam (Silva, 2006).

É também no século XIX, que os avanços científicos permitem um maior conhecimento do envelhecimento, permitindo o aumento da longevidade da população idosa, porém, continuando-se a encarar o envelhecimento como algo negativo (Ribeiro, 2007).

Chegada a modernidade, a velhice é vista como uma ameaça aos tempos modernos, e deixa de ser vista como um símbolo de experiência e de conhecimento. É a partir daqui que começa o processo de estratificação social por idades, mecanismo que determina o acesso a certos papéis e responsabilidades (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009).

Com a estratificação social, começou a ser empregue o termo “*velhote*”, para caracterizar aqueles que não possuíam estatuto social. Perante isto, para mostrar uma imagem menos estereotipada da velhice, foi adoptado o termo *idoso* para caracterizar tanto a população envelhecida, como aquela mais favorecida economicamente (Araújo, Coutinho & Santos, 2006).

Assim, o envelhecimento tem-se apresentado em constante mudança, tendo surgido uma preocupação crescente com esta faixa etária. De facto, têm aumentado os estudos relativos a esta temática, e conseqüentemente, têm surgido disciplinas científicas com a preocupação de estudar a velhice e o envelhecimento, nomeadamente a Gerontologia e a Geriatria. A primeira, é a ciência que estuda o envelhecimento, enquanto a Geriatria, está mais dirigida para a prevenção e o tratamento das doenças na velhice (Prado & Sayd, 2006), tendo surgido pela primeira vez como especialidade médica em 1946, em Londres (Ribeiro, 2007).

1.2. Definição de Conceitos

Actualmente, definir os conceitos de velhice e de envelhecimento, tem sido uma tarefa difícil, e pouco consensual (Ribeiro, 2007), visto tratar-se de conceitos ambíguos, e em constante mudança (Parales & Ruiz, 2002). Conforme a maior valorização de aspectos biológicos, sociais, psicológicos, estéticos ou profissionais, assim varia a definição destes conceitos (Ribeiro, 2007).

No entanto, pode referir-se, que os conceitos de velhice e de envelhecimento são formas de conhecimento elaborado a partir de informações e imagens externas, experiências e sobretudo, a partir de variáveis sociais e históricas da nossa cultura (Ribeiro, 2007).

1.2.1. O Envelhecimento

Na sociedade actual, o envelhecimento tem sido considerado um importante fenómeno social, devido ao aumento da longevidade, redução da taxa de natalidade, levando conseqüentemente, ao aumento da população idosa e da longevidade (Moreira & Nogueira, 2008; Hartmann, 2008; Couto, 2005; Ferreira-Alves & Novo, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 existirão aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de sessenta anos em todo o mundo, sendo a faixa etária com maior crescimento (Elsner, Pavan & Guedes, 2007).

A atenção dada ao envelhecimento da população envelhecida tem sido devida às repercussões nos diferentes domínios da estrutura social, económica, política e cultural das sociedades actuais, tornando a área do envelhecimento uma área privilegiada de investigação, que tem chamado a atenção dos investigadores nas mais diversas áreas (Moreira & Nogueira, 2008). Contudo, apesar disto, a velhice e o envelhecimento ainda são fases da vida sobre as quais existem poucos conhecimentos teóricos (Couto, 2005).

Têm surgido alguns modelos teóricos que procuram explicar os mecanismos do envelhecimento, porém, nenhum é totalmente conclusivo (Hartmann, 2008). Actualmente, predomina, a nível da Psicologia, o modelo teórico defendido por Paul Baltes, com teoria do *life span*, segundo a qual o envelhecimento é um processo de desenvolvimento caracterizado por ganhos e perdas (Couto, 2005; Almeida & Cunha, 2003), que ocorre desde o nascimento

até à morte (Ribeiro, 2007; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Murillo, Correa & Aguirre, 2006).

O envelhecimento surge definido como um processo marcado por modificações a nível dos processos funcionais, psicológicos, morfológicos e biológicos, que surgem como consequência da passagem do tempo, reflectindo-se no indivíduo ao nível do seu comportamento, capacidades intelectuais, na actividade física e nas interacções sociais (Ferreira, 2005; Castro, 2007; Lima, 2002).

As definições existentes caracterizam esta fase da vida como estando marcada pela diminuição das capacidades biológicas e funcionais, e que não são consequência de doenças ou acidentes, ocorrendo inevitavelmente com o passar do tempo (Ribeiro, 2007; Lima, 2002; Sousa, Cerqueira & Galante, 2004), e de forma progressiva, limitando a adaptação do sujeito ao meio ambiente em que se encontra (Castro, 2007). As capacidades e resistências físicas vão diminuindo gradualmente, com um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, aumentando a probabilidade de morte (Ferreira, 2005; Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009; Castro, 2007).

Segundo a literatura revista, o envelhecimento pode ainda ser caracterizado como: envelhecimento biológico, sinalizado por modificações físicas e orgânicas no indivíduo, com o aumento de probabilidade de morte e diminuição da capacidade de auto-regulação; envelhecimento social, em que se verificam alterações nos papéis sociais e no estatuto social com a passagem à reforma, sendo principalmente alterações definidas pela sociedade; e envelhecimento psicológico, onde se observam alterações da actividade intelectual e nas motivações, bem como alterações comportamentais e emocionais (Castro, 2007; Ribeiro, 2007). Gatto (2002) refere ainda, que estas mudanças podem não ocorrer todas ao mesmo ritmo (Silva, Fossatti & Portella, 2007).

Apesar de o processo de envelhecimento comportar sempre determinadas perdas, durante o envelhecimento denominado normal, tais perdas vão sendo integradas no funcionamento individual, não provocando uma perda na qualidade de vida do idoso, ao contrário das consequências de um envelhecimento patológico que podem ser bastante prejudiciais ao bem-estar do indivíduo, conferindo ao envelhecimento um carácter pouco gratificante (Santos, 2006).

Apesar de se associar geralmente o envelhecimento a perdas biológicas e a doenças, surgem autores, como Berger (1995, cit in Castro, 2007), que vêm dizer que nem tudo o que

está relacionado com a velhice tem de ser negativo, e que a saúde não desaparece automaticamente com o envelhecimento, não devendo este ser associado a doença ou incapacidade (Hartmann, 2008; Castro, 2007; Santos, 2008), caso contrário, reforça-se a ideia de que ser “velho” é ser doente, pobre, sozinho e separado do mundo (Castro, 2007).

Alguns estudos referem que o envelhecimento não é determinado pela idade cronológica, mas assenta na idade biológica dos indivíduos, não se desenvolvendo em todos os sujeitos da mesma forma, devido à individualidade de cada um e às formas particulares de envelhecimento dos mesmos (Lima, 2002; Murillo, Correa & Aguirre, 2006).

Como síntese, a partir das várias definições, pode referir-se que o envelhecimento não é uma doença, decorre com o passar do tempo, é caracterizado como um processo natural, complexo e universal, que depende de factores como o género, hereditariedade ou condições genéticas, diferenças culturais, estatuto socioeconómico, nível de actividade, a pertença ou não a países industrializados, bem como à localização geográfica da área onde residem (Lima, 2002). Desta forma, pode dizer-se que o processo de envelhecimento sofre a influência de variáveis sociais, psicológicas, fisiológicas e temporais (Ribeiro, 2007; Castro, 2007; Ferreira, 2005).

1.2.2. A Velhice

Tal como acontece com o conceito de envelhecimento, também quando se procura definir velhice surgem dificuldades em conceptualizar o conceito, devido à variedade de opiniões sobre o mesmo. No entanto, face às várias definições, é possível enquadrar este conceito a partir de três aspectos: i) velhice enquanto uma etapa sobretudo caracterizada em termos cronológicos, situada nos 65 anos de idade, coincidindo com o início da reforma; ii) velhice como estando marcada por vários acontecimentos de vida, como a reforma, a viuvez, ao fim do trabalho e como tal à disponibilidade de tempo, à não produtividade, e associada a perdas emocionais, relacionais e sociais, e iii) fase marcada por perdas a nível funcional, em que se chega à velhice quando se deixa de ser independente para realizar as suas actividades sem apoio de outros. No entanto, a velhice é um fenómeno que varia de indivíduo para indivíduo e é uma fase que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal (Ribeiro, 2007).

De um ponto de vista biológico, a velhice está associada à lentificação dos processos fisiológicos e psíquicos, declínio de capacidades funcionais e diminuição da capacidade de adaptação a acontecimentos de stress (Ribeiro, 2007). Estas alterações vão aumentar a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos (Castro, 2007), estando o idoso mais vulnerável a doenças degenerativas e de início insidioso (Ribeiro, 2007).

Já Couto (2005), refere que as mudanças associadas à idade não se relacionam necessariamente com as mudanças biológicas, referindo que a velhice é caracterizada por uma grande heterogeneidade nos indivíduos em relação a aspectos cognitivos, físicos e de personalidade.

Segundo Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz (2009), a velhice não é apenas uma experiência individual, mas social, pois as mudanças biológicas que ocorrem, apenas têm sentido em função de uma determinada sociedade. Na sociedade em que vivemos, a perda de memória ou a lentidão, são construções sociais dominadas pela competitividade, dificultando a experiência social do idoso. Assim, pode dizer-se que a idade cronológica em que se encontra o sujeito, não determina a velhice, pois esta manifesta-se de forma diferente de indivíduo para indivíduo, não fazendo dos aspectos biológicos os determinantes da mesma. Desta forma, a velhice é um conceito psicossocial, do qual não se podem separar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

A variabilidade que existe entre os indivíduos idosos leva a que se apresente a velhice e o envelhecimento de três formas diferentes: i) normal, que implica mudanças biológicas, psicológicas e sociais inevitáveis e que ocorrem com o passar do tempo, ii) patológico que se refere às mudanças advindas com as doenças (Ribeiro, 2007; Castro, 2007; Couto, 2005); iii) e o envelhecimento bem sucedido, defendido por Baltes e Baltes (1990, cit in Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006), que defende a existência da heterogeneidade no processo de envelhecimento, e a existência de capacidades de reserva, que podem ser utilizadas perante o declínio em determinadas competências.

Em jeito de conclusão, segundo a literatura, existe uma distinção marcada entre velhice e envelhecimento. Assim, o envelhecimento diferencia-se de velhice pois começa no momento da concepção, enquanto a velhice e seus sintomas só se manifestam a partir de determinada idade (Santos, 2008 a).

Prado e Sayd (2006), referem também que o envelhecimento deve ser assim analisado numa perspectiva biológica, compreendendo os processos de transformação do organismo que ocorrem após o desenvolvimento sexual, e que implicam um aumento gradual da probabilidade de morte. No entanto, o envelhecimento também engloba a velhice, que é no entanto definida de forma mais ampla, estando associada a acontecimentos como as perdas a nível psicomotor, afastamento social e afastamento de determinados papéis sociais. No entanto esta distinção é pouco aceite, pois se a velhice é o resultado do processo envelhecimento, isto quer dizer que a velhice é envelhecimento, e vice-versa (Santos, 2008 a). Assim, defende-se que não se pode separar os dois conceitos, pois eles estão interligados (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández, 2009).

Face a isto, é difícil definir velhice, dada a sua relação próxima com o conceito de envelhecimento, existindo igualmente múltiplos critérios que condicionam as vivências inter-individuais e sociais do indivíduo. Simultaneamente, o conceito de velhice não é um conceito óbvio e objectivo, porque depende do modo como cada um conceptualiza e encara a velhice e no tipo de envelhecimento em que se encontra, reforçando a forma como as vivências variam ao longo da vida (Ribeiro, 2007).

1.3. O Processo de Envelhecimento

1.3.1. Características Normativas do Envelhecimento

Perante a dificuldade na sua definição, de modo geral, entende-se que o envelhecimento deve ser encarado como um processo biopsicossocial, não devendo ser explicado sem considerar dimensões biológicas, sociais e psicológicas que lhes estão inerentes (Santos 2008 a). De seguida, são apresentadas algumas dessas alterações.

1.3.1.1. Alterações fisiológicas

Face ao que foi referido, o envelhecimento é um processo que tende a ocorrer em todos os indivíduos, e expressa-se predominantemente pela perda de adaptação e diminuição da funcionalidade, estando sobretudo associado a características biológicas e físicas. Esta última, é possivelmente aquela que mais cedo revela o envelhecimento, e aquela que pode

alterar a capacidade funcional dos indivíduos, modificando a sua qualidade de vida (Santos, 2006).

As alterações a nível fisiológico mais evidentes apresentam-se na tabela 1:

Tabela 1. Alterações Fisiológicas durante o processo de envelhecimento

Alterações Físicas	- Aparecimento de rugas; a pele torna-se seca, rija, pálida, surgem manchas escuras, e podem aparecer verrugas e estrias Acentuação de proeminências ósseas, nariz e orelhas alongam-se, há um aumento de pelos no nariz e nas orelhas, os ombros ficam mais redondos (Ribeiro, 2007; Santos, 2008a).
Sistema respiratório	- Risco de infecções respiratórias (Ribeiro, 2007).
Sistema Cardiovascular	- Diminui o bombeamento sanguíneo; os vasos sanguíneos tornam-se mais espessos; maior risco de hipertensão, AVC's, enfartes do miocárdio (Ribeiro, 2007; Santos, 2008 a);
Sistema Urinário	Riscos de incontinência urinária (Ribeiro, 2007)
Alterações musculares	- Diminuição da velocidade e da coordenação dos movimentos; Diminuição da força e da massa muscular; encurvamento da coluna vertebral e diminuição da estatura (Ribeiro, 2007; Santos, 2006); os ossos tornam-se mais frágeis (Santos, 2008 a).
Sistema Reprodutor	- Na mulher, a capacidade de reprodução tende a diminuir aos 50-55 anos, o tamanho do útero e produção de lubrificação diminuem, a mucosa vaginal atrofia dificultando o acto sexual; resposta sexual mais lenta, mas com possibilidade de orgasmo. No Homem, a quantidade de esperma diminui, a erecção é mais difícil, mas possível (Ribeiro, 2007).
Alterações sensoriais	- Diminuição da percepção visual, auditiva, gustativa, olfactiva e táctil (Ribeiro, 2007). Diminuição da regulação da temperatura e da percepção da dor (Santos, 2008 a).
Alterações cerebrais	- Perda de neurónios e dificuldade de replicação; Lentidão na tomada de decisões; Alterações ao nível da memória e da atenção; capacidade de aquisição de novos conceitos e o raciocínio abstracto ficam também prejudicados; aumento da insónia e cansaço durante o dia (Ribeiro, 2007).

1.3.1.2. Alterações psicológicas

As alterações psicológicas decorrentes da velhice e do envelhecimento, manifestam-se principalmente a nível cognitivo e emocional. De facto, as capacidades cognitivas do indivíduo podem ficar afectadas, não em função da idade cronológica, mas podem estar relacionadas com doenças, circunstâncias psicossociais desfavoráveis (nível de escolaridade, viuvez, dificuldades económicas, perdas ao nível do meio envolvente), podendo levar à construção de uma identidade pessoal própria desta fase da vida (Moñivas, 1998).

Pode referir-se, que ao longo do envelhecimento, uma grande parte das capacidades mentais apresenta alguma constância, nomeadamente, o vocabulário tende a manter-se no idoso até uma idade avançada, e a capacidade de resolução de problemas tende igualmente a conservar-se. Pode ainda verificar-se, alguma diminuição das capacidades mnésicas ou do processamento de informação, no entanto isto não significa que o idoso seja incapacitado (Moñivas, 1998).

A cognição pode ser vista a partir de várias perspectivas, sendo uma delas a inteligência. Uma expectativa típica acerca do desenvolvimento intelectual, é de que a inteligência tende a aumentar até à adultez, e que diminui ao longo do envelhecimento. Contudo, várias teorias tendem a contrariar este fenómeno. Kirkpatrick (1903), por exemplo, referia que os adultos poderiam ser treinados para melhores performances em testes de inteligência. Por sua vez, Sanford (1902), associava o declínio intelectual ao declínio físico, referindo que é possível manter bons níveis de performance, se os idosos mantivessem a preocupação de se manter activos (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003).

John Horn e Raymond Cattell, nos anos 60, referiram existência de mais de uma categoria de inteligência, com as noções de Inteligência Fluida e Cristalizada. A primeira diz respeito às competências intelectuais associadas ao processo de aprendizagem, enquanto a Inteligência Cristalizada, está mais relacionada com as competências adquiridas através das experiências de aprendizagem, no processo de socialização (Mennocchi, 2009). De acordo com esta teoria, a inteligência fluida tende a diminuir com o envelhecimento, por estar mais relacionada com aspectos fisiológicos e neurológicos (Mennocchi, 2009), enquanto existe tendência para que a inteligência cristalizada se mantenha ou aumente durante a velhice, por estar mais relacionada com o conhecimento acumulado durante a vida (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003; Fonseca, 2004).

Um outro aspecto relativo ao domínio intelectual é a tendência que existe em acreditar que a criatividade diminui com a idade. Contudo, de acordo com Simonton (1994), as pessoas que tiveram durante a vida profissões que exigiam grande nível de actividade, continuam com essa necessidade ao longo das suas vidas. Este autor defendia que: i) é possível a diminuição da criatividade nas idades mais avançadas, porém este declínio, raramente transforma de forma imediata uma pessoa criativa para uma pessoa não-criativa, ii) o grau de criatividade e de produtividade dos idosos depende mais da sua experiência anterior de vida, do que propriamente da idade, iii) não existem evidências para referir que o declínio das capacidades

criativas esteja directamente relacionado com um declínio a nível intelectual. Até idosos que iniciem outro tipo de actividades, podem ter oportunidade de demonstrar o seu potencial criativo (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003).

Relativamente às capacidades mnésicas, estas podem ser susceptíveis de algumas alterações. Ao nível da memória episódica, que diz respeito aos acontecimentos pessoais experienciados pelo indivíduo (por exemplo, recordar nomes, conversar, localizar um objecto), é o tipo de memória que mais cedo parece demonstrar sinais de um declínio gradual. No que diz respeito à memória semântica, importante na aquisição e retenção de factos e conhecimentos gerais, e semelhante à noção de inteligência cristalizada, o que se sabe, é que é possível os idosos reterem e evocarem tantas informações de conhecimento geral como os jovens, contudo, o que pode acontecer, é os idosos acederem a esse tipo de informação de forma mais lenta que os jovens (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003). Finalmente, ao falar na memória a curto e longo prazo, as investigações referem que esta é aquela em que os idosos tendem a apresentar mais dificuldades. Assim, os idosos apresentam melhores capacidades para recordar acontecimentos que já ocorreram há anos, do que para recordar acontecimentos mais recentes. Contudo, os dados indicam que apesar dessa dificuldade, os idosos, na ausência de patologias, conseguem relembrar informação tão bem quanto os mais novos. A principal diferença, reside no tempo que demoram a evocar essas informações (Fonseca, 2004; Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003).

Assim, de facto, pode existir uma diminuição da capacidade de resposta dos idosos, mas mais relacionada com a velocidade de processamento de informação que propriamente com a competência e capacidades dos idosos: eles continuam capazes da realização das tarefas, apenas demoram mais tempo nessa realização. Seria de facto esta lentificação do processamento de informação que levaria ao declínio da inteligência no idoso (Fonseca, 2004).

A lentificação do processamento de informação verifica-se também nas aprendizagens, em que o tempo levado a cabo para aprender informações novas tende a aumentar, principalmente quando estas não estão relacionadas com conteúdos já assimilados (Fonseca, 2004).

Segundo Fonseca (2004), alguns declínios cognitivos apresentados pelos idosos não se devem directamente ao seu envelhecimento, mas sim ao estilo de vida de cada indivíduo. É importante não esquecer a grande variabilidade entre os idosos, pois existem muitas

diferenças individuais no grau de declínio, tanto em função da idade como no género. De facto, muitos sujeitos com 70 anos não mostram qualquer grau de declínio, apresentando muitos deles até ganhos nas capacidades intelectuais (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003).

No domínio do envelhecimento psicológico, é ainda possível referir o modelo de Paul Baltes, de Envelhecimento Bem Sucedido, que compreende o envelhecimento através do modelo de selecção, optimização e compensação, considerados mecanismos que procuram a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). Neste modelo, é o conceito de compensação, que explica a capacidade do idoso em continuar a ter um bom desempenho em determinadas capacidades mesmo experienciando alguma perda em outros domínios. Assim, os idosos podem ser capazes de compensar alguns declínios, com outras competências ainda intactas, podendo recorrer tanto a recursos internos, como externos (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003). Os processos de compensação são uma forma de resposta às perdas e incluem processos psicológicos ou comportamentais para melhorar ou aumentar a funcionalidade (Rabelo & Neri, 2005).

Acontecimentos normativos como a perda do papel profissional ou a viuvez podem prejudicar a estabilidade psicológica do idoso, fragilizando-o, na medida em que podem causar isolamento e perda de interesse pelo mundo, salientando o facto de que a maioria dos problemas associados ao envelhecimento advêm mais da perda de papéis, situações de stress, doença ou cansaço, do que propriamente pela diminuição das funções cognitivas (Ribeirinho, 2005).

Ainda do ponto de vista psicológico, pode referir-se a personalidade como algo que permanece consideravelmente estável ao longo do tempo. Segundo a literatura revista, idosos com depressão, apresentaram, também quando jovens, essas mesmas características, mostrando a tendência que existe para a estabilidade (Moñivas, 1998). Podem ocorrer no entanto algumas mudanças em alguns traços de personalidade, mas estes estão mais relacionados com determinados acontecimentos experienciados ao longo da vida (Gásquez, Pérez-Fuentes, Fernández, Gonzáles, Ruiz & Díaz, 2009).

Ao nível dos problemas de saúde, pode mencionar-se a demência, como um dos problemas mais marcantes no processo de envelhecimento. Embora considerada uma doença neurológica, esta traz consequências a nível social e psicológico, visto levar a uma diminuição das capacidades cognitivas, podendo alterar a personalidade e estrutura psicológica do

indivíduo. É importante acrescentar, que a demência não deve ser, no entanto percebida como uma doença exclusiva do processo de envelhecimento, pois no geral, todas as doenças podem ter início antes dos 65 anos de idade (Ribeirinho, 2005).

Em síntese, apesar de algumas perdas que podem ocorrer com a idade, são no entanto referidas algumas capacidades menos afectadas, como a capacidade de adaptação, maior prudência e precisão na realização de tarefas, maior agilidade na resolução de problemas, melhor capacidade para interpretar informações verbais, maior facilidade na execução de tarefas familiares e no uso de conhecimento acumulado (Ribeiro, 2007; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

1.3.1.3. Alterações psicossociais

As relações sociais podem alterar-se com o envelhecimento, devido às mudanças no estatuto social ou das redes sociais, com conseqüente diminuição ou perda de alguns papéis sociais. Estas mudanças podem advir de factores como a viuvez, diminuição de contactos sociais, ou devido a dificuldades funcionais (Ribeiro, 2007; Santos, 2008 a).

Ao nível social, deve mencionar-se a reforma como um marco importante, pois a passagem para a reforma pode significar uma perda de estatuto social, ou uma forma de exclusão social, levando a uma diminuição da auto-estima, condicionando por sua vez, a forma como o idoso enfrenta os desafios que a sociedade lhe impõe (Ribeiro, 2007).

Aqui, a exclusão profissional induz quer a perda do estatuto conferido pela actividade profissional, quer a perda do reconhecimento social que ela sustentava. Assim a passagem para a reforma pode significar uma perda de identidade baseada num desempenho profissional activo e que facultava interacções ao nível social (Silva, 2006). A par disto, podem surgir as dificuldades económicas, que vão aumentar a diminuição da participação na sociedade, aumentando o isolamento e a marginalização (Santos, 2008 a).

Pode dizer-se que a reforma pode assim favorecer o isolamento social, a inactividade ou depressão, gerando no idoso sentimentos de inutilidade ou de baixa auto-estima. Contudo, a entrada na reforma tem implicações diferentes em cada idoso, sendo que além de possíveis repercussões negativas em alguns idosos, também é possível notar que alguns idosos, ainda assim, podem mater uma vida social activa (Ribeirinho, 2005).

A entrada na reforma é assim o acontecimento normativo que mais alterações trazem ao idoso, alterando o seu estilo e ritmo de vida, exigindo deste um grande esforço de adaptação, visto significar a perda do papel profissional, a perda de papéis junto à família e da sociedade (Valentini, & Ribas, 2003)

De facto, com a velhice, verifica-se que alguns idosos acabam por participar pouco na sociedade, gerando sentimentos de solidão, desvalorização, prejudicando variáveis sócio-familiares, de saúde física e psíquica (Ribeirinho, 2005). Assim, pode ocorrer uma crise de identidade, mudanças de papéis sociais, perdas diversas e diminuição dos contactos sociais (Valentini, & Ribas, 2003)

Também as relações familiares se alteram na velhice, nomeadamente a nível conjugal, filial ou fraternal. De um ponto de vista conjugal, a família volta a ter a composição inicial, com a passagem a casal sozinho, valorizando-se novamente aspectos expressivos, como o cuidar e o dar atenção. Em relação aos filhos, surge uma aproximação com estes, visto que agora os filhos são vistos pelos pais idosos como uma fonte de apoio emocional e instrumental. Existe também uma aproximação com os irmãos, devido a maior disponibilidade de tempo, aproximação do fim da vida e valorização de memórias passadas comuns. O idoso tende assim a valorizar expressões de carinho, como dar/receber cuidados e atenção e a redução dos contactos sociais (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

É também nesta fase da vida que é com os amigos que alguns idosos passam a maior parte do tempo, nomeadamente em convívios, e com os quais têm maior contacto diário. Aqui, os amigos tendem a desempenhar um papel de companheirismo, e são muito importantes em termos de bem-estar psicológico, enquanto a família fornece mais um apoio financeiro, cuidados de saúde ou de discussão de problemas familiares (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003).

Exposto a um conjunto de perdas e rejeições sociais, o idoso tem tendência para experienciar o isolamento social, juntando-se o facto de ter poucas ocupações sociais, bem como em alguns casos pouco contacto com a família e com a comunidade, internalizando a noção de improdutividade (Valentini, & Ribas, 2003).

Assim, durante o processo de envelhecimento podem verificar-se perdas, separações, solidão e isolamento, que podem levar a um aumento da sintomatologia ansiosa ou depressiva no idoso, conduzindo a baixa auto-estima e reduzida motivação (Santos, 2008a).

Outro aspecto social que não deve ser colocado de parte, é o facto de cada vez mais o idoso ser vítima de violência e negligência, tanto por parte da família como da sociedade, gerando abandono e desrespeito para com o idoso (Valentini, & Ribas, 2003).

1.4. Delimitação etária

Actualmente, não existe um consenso na delimitação da faixa etária dos idosos (Gaspar, 2006). Autores como Piedrala (1991, in Castro, 2007), sugerem uma divisão dos idosos segundo determinadas características, defendendo que a 3ª idade começa com a reforma, quando a pessoa se retira do mundo do trabalho; a 4ª idade inicia-se quando o idoso deixa de ser autónomo, com problemas de saúde, podendo implicar o recurso a instituições, e numa última fase, o idoso perde o interesse por tudo à sua volta e, descomprometendo-se, fica à espera da morte.

Na realização de estudos com idosos, é geralmente aceite a proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América, que considera a divisão dos idosos nas seguintes faixas etárias: i) Idosos Jovens - com idade igual ou superior aos 65 anos até aos 74 anos; ii) Idosos, com idade igual ou superior a 75 anos e até aos 84 anos e iii) Muito Idosos, com idade igual ou superior aos 85 anos (Lima, 2002).

Ainda referente a esta questão, Shephard (1997), apresenta uma classificação que coloca os indivíduos nas seguintes categorias: i) idosos jovens, é o período pós-reforma, e refere-se a indivíduos entre 65 e 75 anos de idade; ii) Idosos, compreende os indivíduos entre os 75 e 85 anos, já começa a surgir uma perda das capacidades na realização de tarefas básicas, mantendo-se no entanto independentes, e iii) muito Idosos, são aqueles que necessitam de cuidados diários, e estão dependentes dos outros (Lima, 2002; Santos, 2006).

Argumenta-se que embora a idade cronológica seja útil enquanto referência temporal, ela não é adequada para explicar a dinâmica do envelhecimento. Vários investigadores sugerem outras variáveis que possam captar as diferenças individuais relacionadas com a idade. Algumas dessas variáveis são o conhecimento, a sabedoria, a criatividade, raciocínio e habilidades, muitas vezes consideradas estáveis ou aumentadas no processo de envelhecimento. Entretanto, por serem difíceis de medir, são muitas vezes negligenciadas (Couto, 2005).

2. IMAGENS E ESTEREÓTIPOS

2.1. Conceptualização Teórica

2.1.1. O Conceito de Imagens

Ao mencionar o conceito de estereótipo, é importante enquadrar o mesmo, dentro de um referencial teórico bem estruturado. Neste trabalho, o conceito de estereótipo surge inserido num outro conceito, mais global, o de imagem.

No contacto com o meio ambiente que nos rodeia, os indivíduos são capazes de captar representações que permitem classificar e organizar os dados percebidos. Estas percepções recebidas pelos sentidos perduram na presença desses dados obtidos. Esta realidade fica assim armazenada através de imagens. Estas não constituem uma cópia fiel da realidade, pois estão susceptíveis a distorções, podendo ser influenciadas por factores de natureza física, social e psicológica (Sánchez, 1982).

Segundo Ribeiro (2007, p.38), a imagem *“é um conjunto de conceitos e valores que as pessoas associam a determinada pessoa, objecto, produto ou instituição. Nesta definição, a imagem construída pela pessoa, aliada a um sistema de valores (cultura), exerce inevitavelmente influência na construção da percepção e do pensamento”*. Este autor preconiza ainda, que a imagem resulta de *“um comportamento, estereótipo, representação, ou de um mito”*.

Relativamente ao envelhecimento, as imagens que a ele estão associadas, englobam comportamentos, representações, emoções, crenças e estereótipos que tendem a manifestar-se ao longo da vida, podendo ainda assumir formas de discriminação, como o Idadismo (Ribeiro, 2007). A utilização de imagens negativas sobre o envelhecimento tem portanto um papel importante na formação de atitudes negativas e estereótipos relativamente à população idosa, e como consequência, afecta o tratamento social dado às pessoas idosas (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

De modo geral, as imagens servem para generalizar as características que descrevem um grupo e os seus membros, tendo como principal função a diferenciação social entre os

grupos, articulando-se com os fenómenos da identidade social, profissional, religiosa e política (Ribeiro, 2007).

As imagens têm como funções principais fazer juízos sobre os outros, e prover informações que regulam as interações com os outros (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

O conceito de imagens pode ser ainda caracterizado como: i) imagens mentais, que incluem estereótipos, percepções do “eu” e do “nós” e sobre os “outros”; b) imagens sociais, envolvendo representações, comportamentos, discriminação atitudes e preconceitos e c) imagens culturais, que abrangem os mitos, crenças e *tabus* (Ribeiro, 2007).

Na tabela 2 são apresentadas estas imagens e conceitos associados.

Tabela 2. Caracterização de imagens mentais, sociais e culturais

Imagens mentais	Imagens Sociais	Imagens Culturais
- Percepções do “eu”, do “nós” e dos “outros” - Estereótipos	- Representações Sociais - Discriminação Social -Atitudes -Preconceito	-Mitos -Crenças

2.1.2. Estereótipo

Lippman (1922) é considerado o grande impulsionador do conceito de estereótipo no âmbito das ciências sociais. Anos mais tarde, Katz e Braly (1933), Allport (1954) e também Tajfel, na década de 70, lançaram as bases do estudo dos estereótipos no âmbito da psicologia social (Oliveira, 2007; Alexandre, 2003).

De acordo com Devine (1989) e Kocarnik e Ponzetti (1986), os estereótipos tendem a estabelecer-se ainda na infância, antes de a criança desenvolver a capacidade cognitiva para questionar a veracidade de um estereótipo, tornando-o facilmente activado e acessível na memória, tendendo a manter-se e a fortalecer-se durante a vida adulta. No caso dos estereótipos etários, isto ocorre, devido à ausência de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento (Kocarnik & Ponzetti, 1986).

Os estereótipos são percepções automáticas, socialmente partilhadas e têm origem na interacção social. São descritos como organizados, rígidos, simplistas, erróneos e com elevado grau de generalização, podendo ser positivos ou negativos. Têm uma aplicação normalmente estrita, possuem uma forte componente afectiva e avaliativa, e geralmente, estão na base de atitudes de discriminação social (Castro, 2007; Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994; Simões,

1985; Sánchez, 1982). Assim que formados, os estereótipos são resistentes a novas informações que o contradigam, sendo caracterizados, também, como inflexíveis (Aronson, Wilson & Akert, 1999).

Allport caracterizou ainda os estereótipos como um conjunto de imagens e julgamentos sobre um determinado objecto ou situação (Levy, 1996).

Quando o indivíduo avalia um grupo, o conteúdo associado a essas avaliações constitui a base para a formação de categorias. É com base nestas categorias, que surge a estereotipização. O estereótipo é armazenado na memória, influenciando as percepções e os comportamentos em relação ao grupo e aos seus membros (Oliveira, 2007).

Lippmann salienta o papel activo do indivíduo na construção dos estereótipos que são sempre ‘selectivos’ e ‘parciais’. (Cabecinhas, 2004).

Os estereótipos, podem ainda ser considerados uma imagem mental, quando elaborados pela mente humana; mas também podem ser uma imagem social quando se manifestam como representação de um grupo, levando à construção de representações sociais (imagem social), sendo susceptíveis de generalização, levando à formação de crenças e mitos (imagem cultural). Na elaboração do comportamento, esta distinção é difícil, pois as componentes sociais e mentais interagem e misturam-se na vida de cada pessoa (Ribeiro, 2007).

Desta forma, surgem de seguida, três teorias que pareceram mais pertinentes na explicação da formação das componentes sociais e mentais das imagens/ estereótipos, componentes estas, onde este trabalho incide particularmente.

2.2. Modelos Teóricos Explicativos na Formação dos Estereótipos

I. A teoria da Identidade Social e a Teoria da Auto-Categorização

Teoria da Identidade Social

Henri Tajfel (1972), anunciou pela primeira vez a Teoria da Identidade Social na sua contribuição para uma obra literária de Psicologia Social, cujo autor era Serge Moscovici. Pouco depois, o autor Jonh Turner (1975), juntou-se a ele, contribuindo para as primeiras formulações desta teoria, expandindo-a mais tarde como Teoria da Auto-Categorização, sendo

ambas utilizadas em áreas como a estereotipização e a discriminação (Leyens, Yzerbyt & Shadron, 1994; Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

Essencialmente, a Teoria da Identidade Social explora os processos psicológicos envolvidos na tradução de categorias sociais para grupos de indivíduos (Leyens, Yzerbyt & Shadron, 1994), existindo por isso uma relação entre os processos psicológicos e o contexto social (Ferreira, 2000).

Segundo esta teoria, as identidades sociais são ao mesmo tempo percepções individuais e concepções socialmente partilhadas e construídas, reflectindo as normas do grupo (Postmes, Haslam & Swaab, 2005). Aqui, a identidade social, advém da percepção que o indivíduo possui da pertença ao grupo ou categoria social (Stets & Burke, 2000).

De acordo com Tajfel e Turner (1979, cit in Rupp, Vodanovich & Credé, 2005), os indivíduos estão motivados para perceber o seu grupo de forma mais positiva do que os grupos exteriores. Assim, quando os indivíduos se percebem como membros de um grupo, e se essa pertença é importante na relação com o grupo, isso reforçará a sua identidade social (Monteiro, Lima & Vala, 1991; Cabecinhas & Lázaro, 1997), influenciando os pensamentos e comportamentos do sujeito (Padilla, & Perez, 2003).

Assim, as cognições dos indivíduos são socialmente construídas, dependendo do grupo de referência (Padilla, & Perez, 2003), contribuindo para a formação da auto-imagem do indivíduo. Esta identificação pode gerar componentes emocionais, como os julgamentos, que vão reforçar a identidade social e a auto-estima dos membros do grupo (Prette & Prette, 2003). Segundo esta teoria, o aumento da auto-estima dos membros do grupo é o grande impulsionador da categorização e da estereotipização social (Aronson, Wilson & Akert, 1999).

A teoria da identidade social, parte da ligação entre três conceitos: Categorização Social, Identidade Social e Comparação Social.

A categorização social surge como uma forma de classificação do ambiente social, e serve para definir a posição do indivíduo na sociedade (Cabecinhas & Lázaro, 1997; Veríssimo, 2001). É através deste processo que os sujeitos constroem uma versão simplificada da realidade social, levando à construção de categorias sociais, gerando distinção entre grupos sociais (Ferreira, 2000).

Segundo Allport (1954), a categorização tem cinco características principais: i) origina categorias para orientar as vivências dos indivíduos; ii) integra informação de modo a

simplificar o processo de pensamento, iii) permite identificar qualquer objecto relacionado com as categorias existentes, iv) os conceitos pertencentes a uma categoria têm o mesmo significado e sentimento, e v) o sistema cognitivo elabora categorias não necessitando de evidências ou necessidade de comprovação (Veríssimo, 2001).

Segundo Van Knippenberg (1984, cit in Ferreira, 2000), as categorias sociais podem ser vistas como representações, imagens socialmente partilhadas sobre grupos. Assim, os membros do grupo de pertença tendem a categorizar e a estereotipar membros de outro grupo, através de comparações baseadas nas características positivas do endogrupo, favorecendo a identidade pessoal e social dos membros e do grupo no todo (Hale, 1998).

Segundo Tajfel, a comparação social está associada à necessidade de construção de uma identidade social positiva, mediante comparações entre o grupo a que se pertence, e outros grupos, favorecendo o grupo de pertença (Cabecinhas & Lázaro, 1997). Desta forma, os indivíduos distinguem positivamente o seu grupo dos outros grupos, reflectindo-se de forma positiva ao nível da sua auto-estima (Ferreira, 2000; Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994). Este processo de alcance de uma identidade social positiva promove a diferenciação, e uma visão despersonalizada dos membros do grupo exterior (Hale, 1998), motivando atitudes e acções discriminatórias em relação a outros grupos (Prette & Prette, 2003).

Ter uma identidade social positiva, satisfaz as necessidades de inclusão, e de diferenciação, na medida em que existe a necessidade de pertencer a um grupo social, enquanto se procura manter a diferenciação de outro grupo (Padilla, & Perez, 2003).

Contudo, existem situações de comparação social em que o grupo de pertença fica desfavorecido, diferenciando-se negativamente em relação a outros grupos, resultando numa identidade social negativa ou insatisfatória (Serôdio, 1999).

Aplicando esta teoria à formação de estereótipos etários, pode dizer-se que os indivíduos jovens que são percebidos como membros de um grupo podem estereotipar indivíduos idosos, que fazem parte de um outro grupo exterior. Este processo de estereotipização ocorre para reforçar a identidade pessoal e grupal do grupo dos indivíduos jovens (Hale, 1998).

Os estereótipos não são apenas um resultado do processo de categorização, da necessidade de organizar o ambiente, mas também servem a função social de explicar os acontecimentos sociais e justificar as acções do grupo. Segundo Tajfel (1981), os estereótipos possuem três funções: i) causalidade social, na medida em que procura compreender

acontecimentos sociais identificando os grupos que podem ser responsáveis pelos mesmos, ii) justificação social, em que um estereótipo específico é utilizado para explicar comportamentos de um determinado grupo e iii) a diferenciação social, diz respeito à clarificação e acentuação das diferenças entre os grupos de modo a manter uma distinção a favor do grupo de pertença (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994).

Teoria da Auto-Categorização

De acordo com a teoria da auto-categorização, através de processos de categorização e identificação social, os sujeitos definem-se em termos de uma identidade social particular, influenciando o pensamento e comportamento individual. Se este é o caso, então as normas e estereótipos que são geralmente atribuídos ao grupo, são internalizados, influenciando os pensamentos e acções do sujeito (Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

Segundo esta teoria, os indivíduos definem-se como membros de uma categoria social, aprendem as normas estereotípicas dessa categoria, e atribuem essas normas a si próprios. O comportamento do grupo torna-se normativo, e a pertença ao grupo implica uniformidade com esse comportamento e atitudes (Leyens, Yzerbyt, & Schadron, 1994).

Aqui, os sujeitos categorizam-se em função de estereótipos partilhados que definem o grupo, em contraste com grupos exteriores (Postmes, Haslam & Swaab, 2005; Ferreira, 2000). Ocorre assim, segundo Turner (1984), um processo de auto-estereotipia, de despersonalização do “eu” individual a favor do “eu” colectivo, passando o sujeito a ser definido com base nos estereótipos do grupo de pertença, em que a identidade social se torna saliente, em detrimento da identidade pessoal (Serôdio, 1999, Veríssimo, 2002). A despersonalização, segundo Turner *et al* (1987, cit in Stets & Burke, 2000), é considerada o fenómeno que está na base de processos como os estereótipos sociais, coesão do grupo, etnocentrismo, cooperação, altruísmo e acção colectiva.

A auto-estereotipia implica que ao identificar-se com o grupo, o individuo estabeleça uma equivalência entre si e a categoria do grupo de pertença. O “eu” é percebido em termos de categorias, de forma a acentuar a percepção das semelhanças entre o “eu” e o grupo de pertença, e por outro lado, a acentuação das diferenças com os grupos exteriores (Serôdio, 1999; Stets & Burke, 2000).

Pode dizer-se, que de acordo com esta teoria, o objectivo do indivíduo, em qualquer situação grupal, é sempre a diferenciação intergrupala. O indivíduo tende a auto-categorizar-se em grupos que permitam destacar-se positivamente de outras categorias sociais (Serôdio, 1999).

Estes princípios sugerem como certas propriedades partilhadas pelo grupo podem influenciar os indivíduos assim que estes se definem como membros de um grupo. A natureza da influência social depende das normas específicas, convenções, ideologias, ou cultura dos grupos em questão (Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

Pode dizer-se que para a Teoria da Identidade Social e para a Teoria da Auto-Categorização, os estereótipos resultam de um processo cognitivo-perceptual, que acentua as semelhanças entre os membros da mesma categoria, sendo que os estereótipos são utilizados para justificar e explicar os comportamentos, definindo também quais as percepções, comportamentos e atitudes mais apropriadas ao grupo (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994).

II. A teoria das Representações Sociais

A noção de Representações surge pela primeira vez na sociologia, com Durkheim, em 1898, com a noção de Representações Colectivas. Este conceito defende a ideia de que a condição para a existência de todo o pensamento organizado é a vida social. Segundo as representações colectivas, todos os fenómenos sociais são impostos ao indivíduo, tornando-os obrigatórios, conduzindo os indivíduos a pensar e a se comportar de uma forma homogénea (Castro, 2007).

Em 1961, o Psicólogo Social Serge Moscovici, partindo do pressuposto de que as representações colectivas se geram na interacção social, apresenta o conceito de Representação Social, com o objectivo de procurar uma explicação da origem e natureza do pensamento social (Castro, 2007; Silva, 2006). Este autor refere que as representações são construídas pelos sujeitos na partilha do conhecimento, reforçando a ideia da representação social como um conceito psicossocial (Bôas, 2004). Assim, o contexto social influencia o comportamento dos indivíduos, enquanto estes constroem a sua realidade social (Mennocchi, 2009).

Esta teoria é particularmente útil na explicação dos processos sociais envolvidos na construção social dos fenómenos pelos sujeitos, e mostra como as atitudes, crenças,

pensamentos e atribuições se formam a partir de determinados padrões. Interliga pensamentos, conhecimento e acção com fontes culturais, partilhadas por um conjunto de actores sociais (Potter & Litton, 1985).

Esta teoria surge geralmente definida na literatura por teoria do senso comum (Almeida & Cunha, 2003; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999), opondo-se ao conhecimento científico (Neto, 1998; Murillo, Correa & Aguirre, 2006; Moñivas, 1998).

O conceito de representação social, segundo Vala (1986, cit in Castro, 2007), emerge num dado contexto social, fornecendo valores, ideologias e sistemas de categorização social, partilhados por diferentes grupos sociais. Caracterizam-se por afirmações elaboradas através de comunicações interindividuais, equivalentes a mitos e crenças tradicionais. A comunicação, neste contexto permite convergir os indivíduos numa rede de interacções, onde se geram e se adquirem as representações sociais (Castro, 2007; Parales & Ruiz, 2002).

Segundo Wagner (1998, in Wachelke & Camargo, 2007), a representação social, é vista como um processo cognitivo, afectivo, avaliativo e simbólico acerca de um determinado fenómeno social e partilhado por outros membros do grupo social.

As representações sociais apresentam-se como imagens, categorias ou teorias, que contêm um conjunto de significados, e que permitem interpretar a informação do meio, classificar fenómenos e indivíduos, construindo uma realidade comum a vários sujeitos (Neto, 1998). São também uma forma de conhecimento que sofre a influência de informações e conhecimentos que recebemos e transmitimos através das tradições, da educação e da comunicação social (Monchietti & Sánchez, 2008).

Assim, as representações, através de construtos cognitivos como as imagens e os conceitos, expressos através da linguagem, incluem o preconceito, as crenças, atribuições, estereótipos, atitudes e valores que os indivíduos possuem acerca de determinado domínio da realidade (Moñivas, 1998).

Moscovici (1978), refere que a representação social surge da necessidade de transformar aquilo que é estranho em familiar, é uma forma de manipulação do pensamento e da estrutura da realidade psicossocial, construindo uma realidade a partir daquilo que se sabe dela (Araújo, Coutinho & Santos, 2006; Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999). Segundo o mesmo autor, as representações servem para orientar as pessoas no seu mundo social, e fornecem um código para nomear e classificar objectos de uma forma ambígua (Potter & Litton, 1985; Moñivas, 1998).

A representação social é constituída a partir de três elementos: i) informação, que se refere ao conhecimento que o grupo tem de um determinado objecto socialmente representado e partilhado; ii) o campo da representação, inclui a ideia ou imagem da representação, refere-se à estrutura interna dos conteúdos de determinado objecto, em que a própria representação é uma unidade de elementos ordenada, estruturada e hierarquizada e iii) a atitude, foca-se na orientação global do comportamento face ao objecto da representação. Trata-se da resposta positiva ou negativa face ao objecto, e é, segundo Neto (1998), o elemento mais resistente das representações. Apesar de terem origem em cada indivíduo, as atitudes surgem a partir das relações sociais, formando diferentes representações sociais, opiniões ou estereótipos (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Catita, 2008).

Segundo Duveen (2005), as representações sociais estão sujeitas a mudanças, seja pelo surgimento de novas representações ou pela reelaboração de representações já existentes. As representações podem ir variando em consonância com a evolução da sociedade, na qual surgem, se adaptam e desaparecem (Lopes & Park, 2007).

De forma sucinta pode então dizer-se que uma representação social é uma forma de conhecimento que resulta das interacções dentro de um grupo social, e da forma como os actores sociais caracterizam um determinado objecto, e por isso socialmente elaborado e partilhado, tendo como objectivo a construção de uma realidade comum (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Castro, 2007; Murillo, Correa & Aguirre, 2006). Um mesmo objecto pode ter uma grande variedade de representações, que diferem de acordo com a actividade cognitiva, psicológica, as normas e valores dos indivíduos e dos grupos sociais em que estão inseridos (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Castro, 2007)

Nesta linha de raciocínio, incluem-se os estereótipos como sendo construídos a partir das representações sociais (Silva, 2006). Hewstone (1982, cit in Potter & Litton, 1985) faz um paralelo entre as representações sociais e a noção de estereótipos sociais, de Tajfel. Di Giacomo (1980), referindo-se aos mesmos como opiniões socialmente determinadas, ou crenças, acerca do meio social circundante (Potter & Litton, 1985).

Vários autores atribuem funções diferentes às representações sociais. Na tabela 3, são apresentadas algumas dessas funções.

Tabela 3. Funções Atribuídas às Representações Sociais

Funções das Representações sociais
<ul style="list-style-type: none">- Explicam decisões ou comportamentos de um indivíduo ou grupo (Abric, 2004, in Castro, 2007); (Vala, 2002 in Castro, 2007); (Abric, 1994, in Bôas, 2004);- Orientação de comportamentos e de relações sociais (Jodelet, 1984, in Castro, 2007); (Abric, 1994, in Bôas, 2004);- Permite ao sujeito tornar a realidade compreensível para si e permite a integração daquilo que é novidade (Jodelet, 1984, in Castro, 2007); (Vala, 2002, in Castro, 2007); (Abric, 1994, in Bôas, 2004)- Diferenciação grupos sociais (Vala, 2002, in Castro, 2007).- Definem a identidade do grupo (Abric, 1994, in Bôas, 2004).- Classificar os acontecimentos da vida social a partir da interpretação grupal, permitindo acções relativamente a esses acontecimentos (Wachelke & Camargo, 2007).

II. A teoria da Cognição Social

Segundo Hamilton (1981, cit in Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994), a cognição social diz respeito aos factores que influenciam a aquisição e representação da informação, para gerar determinados julgamentos pelo indivíduo.

Um pressuposto desta teoria, é que existem estruturas de conhecimento que afectam o armazenamento e o processamento da informação, permitindo dar um significado ao mundo, e inferir relações para além das informações disponíveis. Estas estruturas organizam e estruturam o meio ambiente, permitindo ao sujeito uma construção activa da realidade social (Ferreira, 2000).

Uma diferença entre esta teoria e a teoria da identificação social, é que esta ultima procura estudar os processos da estereotipização a nível social, enquanto a teoria da cognição social fá-lo a nível individual (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994).

O trabalho de Allport (1954), é o mais significativo no estudo dos estereótipos na perspectiva cognitivista, e segundo ele, estes são considerados crenças exageradas associadas a uma determinada categoria social (Marques, 1986), e aplicado a um indivíduo que aí pertence, sendo que esse individuo partilha com outros membros do mesmo grupo, as características relativas a uma categoria (Santos, 2008).

De facto, de acordo com esta abordagem, os estereótipos foram definidos como estruturas que contêm o conhecimento, crenças e expectativas em relação a um determinado grupo, e como tal, são capazes de influenciar grande parte do processamento de informações sociais, bem como processos como a atenção, interpretação de comportamentos, a elaboração

de inferências, e o tipo de informação recolhida pela memória (Pereira, Ferreira, Martins & Cupertino, 2002).

Segundo esta teoria, o estereótipo, pode ser considerado a partir dos conceitos de esquema, protótipo ou *Scripts*.

A noção de esquema aqui utilizada provém da noção de Bartlett (1932), como sendo um guia da percepção, atenção e recordação, onde são relacionados os conhecimentos já adquiridos e uma nova informação (Marques, 1986). Do esquema, depende a construção, interpretação e actuação sobre a realidade social, actuando como categorias, estruturas de conhecimento que processam e interpretam a informação proveniente do meio (Ferreira, 2000; Marques, 1986). Assim, os esquemas fornecem informações que proporcionam a elaboração de julgamentos e inferências relativamente aos outros (Santos, 2008). Desta forma, os estereótipos são exemplos de esquemas que se aplicam no processamento de informação sobre uma determinada pessoa (Brewer & Crane, 1994).

Relativamente ao protótipo, segundo Rosh (1977, cit in Marques, 1986), é o conjunto de atributos que mais representa uma categoria, são as características que têm maior probabilidade de ocorrer nos membros de uma categoria. Segundo Brewer e Crane (1994), o protótipo está associado a tipos particulares de personalidade, pessoas que são percebidas como semelhantes em valores ou hábitos.

Os *scripts* são representações generalizadas de acontecimentos que nos dizem o que esperar de determinada situação, ou de como esperamos que as pessoas se comportem. Eles não só organizam o nosso comportamento numa nova situação, como influenciam a memória em acontecimentos semelhantes (Brewer & Crane, 1994).

Apesar das suas diferenças, estes conceitos supõem que os estereótipos sejam representados como um conjunto abstracto de factores que caracterizam um determinado grupo social, e que são posteriormente armazenados na memória (Pereira, Ferreira, Martins & Cupertino, 2002).

Estereótipos e processos cognitivos

As crenças estereotipadas são desenvolvidas com base nas características percebidas dos grupos sociais relevantes, gerando interpretações, sendo posteriormente codificadas e

recuperadas pela memória, activando estereótipos, influenciando julgamentos e comportamentos (Santos, 2008).

Desta forma, existem determinados processos cognitivos que influenciam os estereótipos e a sua organização, sendo eles o processamento de informação, a percepção, atenção e memória.

O processamento de informação é a sequência das actividades cognitivas nas quais a informação do mundo social é combinada com o conhecimento individual, para gerar uma interpretação ou representação mental (Brewer & Crano, 1994). É a partir deste processo, que a informação é percebida quando lhe prestamos atenção, permitindo a sua recepção, codificação, transformação e armazenamento na memória, para posterior recuperação e utilização (Castañon, 2006).

O processamento de informação possui uma sequência de estágios que inclui: i) selecção e identificação da informação a ser processada, ii) interpretação da nova informação em função de conhecimentos prévios, iii) organização da informação, tal como é interpretada, iv) armazenamento na memória e v) recuperação da informação. Assim, o processamento de informação envolve elementos como a percepção, atenção e memória (Brewer & Crano, 1994).

Através das experiencias de Asch (1946), sobre o estudo da percepção na formação dos estereótipos, identificou-se o denominado efeito de *priming*, que preconiza, que a formação da percepção de determinadas categorias, é feita não só de modo automático e espontâneo, mas também, que essas estruturas são organizadas de acordo com as primeiras informações adquiridas pelo individuo (Marques, 1986). Assim, a percepção também envolve processos de categorização, em que tudo aquilo que é percebido é incluído numa categoria de objectos ou de acontecimentos (Brewer & Crano, 1994).

A atenção é outro processo cognitivo que sofre influência do estereótipo. É ela que permite codificar e armazenar na memória as informações pertinentes, ignorando informações irrelevantes, actuando como um filtro que afasta o que é inconsistente com o estereótipo, processando as informações coerentes com o mesmo, mantendo-o ou fortalecendo-o (Santos, 2008). Assim, as nossas percepções tendem a confirmar os estereótipos, porque por exemplo, apenas identificamos como velhos, aqueles que encaixam no estereótipo de velho (Palmore, 1999).

Relativamente à memória, um modelo recente apresentado por Srull e Wyer (1989, cit in Ferreira, 2000), preconiza-a como uma rede associativa, segundo a qual, quando são atribuídos traços a uma determinada pessoa ou acontecimento, estes são armazenados na memória, servindo como uma matriz interpretativa dos acontecimentos sociais (Sedikides & Ostrom, 1988). Assim, as informações são organizadas, de forma a tornar as características de uma determinada categoria mais facilmente recuperadas na memória. Assim, os estereótipos influenciam a evocação de informações armazenadas na memória, influenciando o julgamento do alvo. Aqui, a confirmação do estereótipo, torna-se o fim mais provável (Santos, 2008).

Assim, de acordo com esta teoria, a formação dos estereótipos e do preconceito, é devido a enviesamentos psicológicos responsáveis pelos erros no processamento de informação e dos julgamentos sociais (Pereira, Torres & Almeida, 2003).

3. O IDOSO NA SOCIEDADE ACTUAL: ESTEREÓTIPOS ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO

Com as transformações da sociedade, que passou a valorizar a produtividade, o elegante e o bonito, os idosos tornam-se um grupo vulnerável à exclusão por parte dos mais jovens, sendo por vezes vítimas de discriminação, de representações sociais e de estereótipos (Catita, 2008), suscitando questões sobre a forma como o envelhecimento é percebido pelos outros (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

Com base nisto, o idoso é percebido como cansado, doente e improdutivo, podendo estas avaliações negativas tornar-se símbolo da própria identidade do idoso, levando a que o idoso as aceite como sendo verdadeiras (Dobbs, Eckert, Rubinstein, Keimig, Clark, Frankowski & Zimmerman, 2008; Almeida & Cunha, 2003; Combe, & Schmader, 1999).

De modo geral, a velhice é hoje vista como uma doença incurável, como um declínio inevitável, de perda de capacidades, de dependência física e social, de degeneração e de inactividade, gerando crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, fracas e inúteis (Catita, 2008). Assim, actualmente é feita uma generalização de todos os idosos como doentes ou portadores de doenças psiquiátricas, gerando estereótipos para com o idoso, impedindo a sua participação na sociedade (Mennocchi, 2009).

3.1. Estereótipos e Imagens associados ao envelhecimento

Como foi dito, têm-se gerado falsas crenças relativamente aos idosos, e isto, muito devido à falta de compreensão e desconhecimento por parte da população em geral sobre esta faixa etária (Castro, 2007), contribuindo para isolar e acelerar o processo de envelhecimento (Reis & Ceolim, 2007), gerando um abandono crescente, quer pela família quer pela sociedade (Castro, 2007).

O aparecimento de crenças estereotípicas a respeito dos idosos advém muito do facto de se venerar, actualmente a beleza, a saúde a destreza física, os conhecimentos intelectuais e a posse de bens materiais, sendo a velhice uma degradação destes elementos. Esta é uma visão materialista, com impacto no modo como são vistos os idosos e na forma como estes se vêem a si próprios, podendo conduzir a sentimentos de depressão, tristeza e solidão (Catita, 2008). A exagerada valorização da juventude, contribui igualmente para encarar a velhice como

estando associada à invalidez e à morte, gerando, muitas vezes o isolamento do idoso (Elsner, Pavan & Guedes, 2007).

As crenças estereotípicas sobre os idosos são por isso geralmente negativas, caracterizando-os com deficiências físicas, cognitivas e interpessoais (Castelli, Zecchini, Deamicis & Sherman, 2005), e em que a velhice é caracterizada em termos de doença, morte e incapacidade (Kocarnik & Ponzetti, 1986).

A persistência da existência dos vários estereótipos é curiosa, devido à existência de uma evidência considerável, de que os indivíduos idosos são geralmente tão capazes como os mais jovens (Rupp, Vodanovich & Credé, 2005).

Apesar disto, a imagem comum do idoso de um ponto de vista multidimensional, é de que este é um incómodo, alguém que só dá trabalho, que só está à espera da morte (Castro, 2007). É caracterizado pela decadência física, pela ausência de papéis sociais, encarando-se o idoso como um indivíduo inútil e fraco (Elsner, Pavan & Guedes, 2007). Surgem ainda caracterizados como pessoas doentes, cansados, com mau temperamento, com pouca participação nas actividades, infelizes, indesejados para companhia e como não sendo fisicamente atractivos (Kite, Deaux & Miele, 1991). Outras caracterizações dos idosos passam por estes serem considerados todos iguais, como vivendo socialmente isolados, depressivos, e que de modo geral todos têm o mesmo grau de deterioração cognitiva (Gásquez, Pérez-Fuentes, Fernández, Gonzáles, Ruiz & Díaz, 2009).

É possível, ainda, a partir de uma revisão bibliográfica, apresentar alguns dos estereótipos mais frequentemente associados ao idoso. Eles são apresentados na tabela 4.

Tabela 4. Estereótipos Associados ao Envelhecimento

Estereótipos	Factos
O idoso é confuso e desinteressado em relação ao mundo	Os idosos têm interesse pelo que os rodeia, gostam de estar actualizados e de aumentar o seu conhecimento. Apenas um número reduzido sofre de alguma doença que o incapacite cognitivamente (Castro, 2007).
Os idosos são doentes e dependentes dos outros	A dependência não é, sinónima de envelhecimento; Muitos idosos cuidam de si, vivem activa e saudavelmente (Castro, 2007). O facto de a maioria dos idosos ter alguma doença não significa que eles sejam incapazes de ser autónomos (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007).
Os idosos são senis (memória deficiente, são desorientados ou dementes)	Estudos demonstram que existe uma preservação do intelecto e de outras funções mentais no envelhecimento normal, continuando a possibilidade de aprendizagem e de memorização (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007). O envelhecimento normal não prejudica as faculdades mentais do idoso (Catita, 2008).

Os idosos vivem sós e na infelicidade	<p>Pelo contrário, muitos idosos mantêm laços de amizade, continuam em contacto com a família e participam em actividades sociais. Centros de convivência e Universidades de terceira idade, têm sido procurados pelos idosos como actividades de socialização e aprendizagem (Castro, 2007; Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007).</p>
Os idosos não se interessam pela actividade sexual	<p>Autores referem que os idosos gostam de partilhar carinho, afecto e amor (Castro, 2007). Ribeiro (2005), afirma que o interesse sexual do idoso é maior do que se pensa e do que eles próprios imaginam (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007). A assexualidade não é típica do envelhecimento e não se aplica a todos os idosos (Combe, & Schmader, 1999).</p>
Os idosos são inúteis para a sociedade e incapazes no trabalho	<p>Pelo contrário, trabalhadores idosos são mais assíduos ao trabalho, e têm um rendimento mais constante relativamente a trabalhadores jovens (Castro, 2007). Apesar da diminuição na percepção e na velocidade de reacção, a maioria geralmente desempenha as suas funções tão bem como os jovens (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007).</p>
Os idosos são conservadores e incapazes de mudar	<p>É verdade que as pessoas, quando envelhecem, são mais estáveis; mas os idosos não recusam totalmente a mudança. As pessoas possuem suficiente plasticidade cognitiva, afectiva e emocional para assimilar os processos adaptativos impostos pela velhice, podendo, enriquecer e modificar os seus comportamentos. (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007). Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas (Castro, 2007).</p>
Os idosos são todos iguais	<p>Pelo contrário, à medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspectos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, etc.). A velhice é um período vivenciado de forma diversificada nas diferentes classes sociais, e o ritmo de envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo (Castro, 2007; Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007):</p>
É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo	<p>Os idosos têm plenas condições para aprender, porém com velocidade reduzida, podendo apenas demorar algum tempo para assimilar a nova informação, (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007).</p>
Os Idosos tendem a ser mais religiosos com a idade	<p>A geração actual de pessoas mais idosas tende a ser mais religiosa que os jovens, porém, para Faria e Seidl (2007), muitas pessoas, independente da idade, recorrem a Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para lidarem com os seus problemas (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007).</p>

Surgem na literatura outros estereótipos relacionados com os idosos, que os colocam dependentes não só física, mas também financeiramente, e com dificuldades de memória (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007). Segundo Catita (2008), existe ainda a ideia de que à velhice corresponde a uma “segunda infância”, quando existe um aumento da dependência e perda de autonomia, conduzindo a uma redução do seu estatuto social (Catita, 2008).

Ribeiro (2007), através de uma análise de literatura, apresenta uma organização dos estereótipos segundo o conceito de imagens, verificando-se não só o predomínio de imagens negativas, associadas ao declínio, como apresentando também imagens positivas associados ao envelhecimento, como a maturidade, a sabedoria e experiência de vida. Assim, apresenta uma organização das imagens do envelhecimento divididas entre imagens positivas, negativas e neutras.

Esta organização pode ser observada na tabela 5.

Tabela 5. Imagens Positivas, Negativas e Neutras associadas ao Envelhecimento (adaptado de Ribeiro, 2007, p.54).

	Imagens	Descrição
Positivas	Amabilidade	Caloroso; bondoso; amigo especial.
	Serenidade	Prudência; tranquilidade; existência de mais tempo livre; momento feliz para aproveitar a vida
	Sabedoria	Maturidade; experiência; conselheiros; influência; inteligência; mestres.
	Felicidade e sociabilidade	Gostam de se divertir e de conversar/conviver
	Avós	Provedores dos cuidados, educação e afectos aos netos.
	Guardiães das tradições	Fazem a ligação entre o passado e presente; descrevem o passado de forma vivida, ultrapassando a descrição informativa.
Negativas	Solidão e tristeza	Isolados; pouco sociáveis. Abandonados e excluídos da família. São infelizes, depressivos e com desânimo.
	Insegurança	Temem o futuro e têm poucas ilusões ou desejos. Muito sensíveis.
	Doença	Senis; necessitam de muitos cuidados de saúde, tomam muita medicação e são hospitalizados com frequência. Vulneráveis; com pouca saúde e muitas dores.
	Assexuais	Não se apaixonam, nem se interessam pela sexualidade.
	Pobreza	São na maioria pobres
	Dependência e Incapacidade	Dependência dos filhos; inúteis; inactivos e improdutos.
	Aproximação da morte	Estão à espera da morte, em que já viveram o que tinham para viver.
	Homogeneidade	Os idosos são todos iguais.
	Vitimas de crime	Abuso a nível físico, sexual e psicológico. Actos de negligência e abuso, nas famílias e nas instituições de apoio.
	Aspecto físico	Rugas; despreocupados com a aparência.
	Aborrecido e antiquado	Têm muitos hábitos e rotinas; impaciência; rígidos.
	Incapacidade de aprender	Não adquirem novas informações; são desorientados e confusos; mais lentos; esquecidos.
	Espirituais	Muito religiosos.

Neutras	Fase normal da vida	Ter muitos anos; mais uma fase da vida com características específicas.
	Estado de espírito	Sentir-se velho

De modo geral, as imagens e estereótipos de idoso e de envelhecimento, incidem em três níveis: biológico, psicológico e social. Ao nível biológico, as denominações reportam-se a dimensões como doença, aspecto físico, incapacidade sexual e esforço. Ao nível psicológico destaca-se a rigidez, tranquilidade, responsabilidade, senilidade, inteligência, memória, solução de problemas e dependência. Quanto ao domínio social, surgem as noções de abandono, isolamento, alheamento, stress, reforma e uso do tempo livre. Desta análise podem novamente verificar-se concepções positivas e negativas, predominando, no entanto, as negativas (Ribeiro, 2007).

Assim, as imagens negativas tendem a centrar-se em aspectos como a cognição, aparência e dependência física, sendo que são os idosos o grupo com mais estereótipos associados a défices cognitivos (vonHippel, Silver & Lynnch, 2000, cit in Ribeiro 2007). As imagens positivas estão mais relacionadas com aspectos psicossociais, como a sabedoria e a experiência acumuladas ao longo da vida (Ribeiro, 2007).

Em vários estudos, os idosos são inclusivamente percebidos pelos outros como sendo pessoas muito carinhosas mas pouco competentes. Comparados com os jovens, os idosos são vistos como mais carinhosos e amistosos, mas também menos ambiciosos e responsáveis, e intelectualmente menos competentes. Outros estudos, revelam que apesar de os idosos serem considerados menos efectivos no trabalho, no desempenho das suas funções, a verdade é que os resultados mostram muitas vezes os trabalhadores mais velhos são mais competentes que os trabalhadores jovens nos seus trabalhos (Cuddy, Norton & Fiske, 2005). A par disto, o idoso reformado é visto como improdutivo, como aquele que não tem mais capacidades para o trabalho (Mennocchi, 2009).

Face a isto, apesar de existir um declínio a nível do funcionamento cognitivo, isto raramente influencia o funcionamento do indivíduo, pois existe a influência de factores como a motivação, persistência, adaptação e experiência do sujeito (Rupp, Vodanovich & Credé, 2005).

Ao identificar estas imagens e estereótipos, entende-se que a sociedade vê a velhice como uma doença incurável, como um declínio inevitável. No entanto, o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano (Castro, 2007).

Os estereótipos que a sociedade tem do processo de envelhecimento, causam no idoso grande perturbação, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades (Castro, 2007). A aceitação dos estereótipos leva muitas vezes à diminuição da auto-estima e auto-eficácia (Silva, 2006).

Contudo, e tal como foi referido, apesar de a maioria dos estereótipos etários tenderem a ser negativos, estereótipos positivos podem também ser encontrados na nossa cultura (Levy, Ashman & Dror, 1999, 2000; Cuddy, Norton & Fiske, 2005).

Através de uma revisão de estudos efectuada por Lehr (1977;1989, cit in Magalhes, Fernandes, Antão & Anes, 2010), verificou-se ainda que a imagem que se tem de idoso e envelhecimento, não depende apenas da idade do inquirido, mas também de variáveis como o bem-estar físico, o estado de ânimo, a convivência ou não com idosos, as distintas qualidades da personalidade.

Em Portugal, os estudos reflectem também a tendência para estudar esta problemática, visto que diversos autores (Simões, 1985; Neto, Reveau & Chiche, 1989; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002; Ferreira-Alves & Novo, 2005; Paúl & Fonseca, 2005) estudaram os estereótipos, a discriminação e as imagens da velhice e do envelhecimento na população portuguesa.

3.2. Formas de estereotipização e Discriminação do Idoso

3.2.1. O Idadismo ou “Ageism”

Os conhecimentos sobre o envelhecimento, quando errados, levam a avaliações incorrectas sobre a velhice, reflectindo-se em preconceitos e estereótipos em relação ao envelhecimento (Menezes, Souza & Cardoso, 2007).

A discriminação e estereotipização baseada na idade foram originalmente definidas por Butler, em 1969, como “*Ageism*” (Idadismo), como o processo sistemático de discriminação e estereotipização negativa contra uma categoria de pessoas, nomeadamente da população idosa (Dobbs, Eckert, Rubinstein, Keimig, Clark, Frankowski & Zimmerman, 2008). O Idadismo é o terceiro grande “ismo”, depois do racismo e do sexismo, sendo visto

como o tipo de rejeição mais cruel. Ao contrário dos outros tipos de discriminação, no idadismo, qualquer pessoa pode ser alvo de preconceito, pois todos passam pela velhice, porém muitas pessoas não se apercebem deste facto, ou negam-no (Palmore, 2004; Ferreira-Alves & Novo, 2006; McGuire, Klein & Chen, 2008; Catita, 2008; Couto, 2005). O idadismo parte também da generalização de todos os idosos, sem ter em conta características individuais (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Palmore (1990), acrescenta que o idadismo é uma forma de estereotipização que surge em interacção com a sociedade, e que molda as atitudes e percepções para com esta faixa etária (Combe, & Schmader, 1999; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Cudy e Fiske (2002) sugerem a Teoria da Modernização de forma de explicar as atitudes idadistas para com os idosos. Segundo esta teoria, a redução do estatuto dos idosos é consequência da transformação das sociedades agrárias em sociedades modernas e industriais. Os avanços tecnológicos levaram à criação de empregos para os quais os idosos não estariam preparados ficando assim fora do mercado de trabalho. A urbanização e a alfabetização fizeram com que os idosos perdessem a posição de transmissores da cultura e de sabedoria há muito sustentada (Couto, 2005; Palmore, 1999).

O Idadismo é portanto um processo que ocorre bastante na sociedade actual, mas é difícil de identificar, por ser pouco expresso, sendo por isso necessário adquirir conhecimentos e uma melhor compreensão desta faixa etária (Rupp, Vodanovich & Credé, 2005).

O Idadismo pode manifestar-se nos níveis: i) individual, quando se evita o contacto com pessoas idosas, quando se fazem “piadas” sobre o envelhecimento, ou sob a forma de atitudes e estereótipos negativos sobre os idosos; ii) instrumental, envolvendo a discriminação no emprego, nas políticas públicas, e até mesmo nas instituições para idosos e iii) nível social, através da não equidade, linguagem idadista e segregação pela idade (McGuire, Klein & Chen, 2008). Desta forma, o idadismo pode manifestar-se tanto no nível individual como institucional, sob a forma de estereótipos, mitos, práticas discriminatórias no local trabalho, nos serviços de saúde ou na educação (Schroots, 2003; Couto, 2005; Castro, 2007).

Vários autores defendem que o Idadismo é construído na infância, em que são criadas imagens do idoso como sendo dependente, só e frágil. Alguns acontecimentos como a institucionalização do idoso, e a reforma, contribuem para que as crenças iniciadas na infância, sejam reforçadas quando adultos (Dobbs, et al 2008).

O idadismo pode também manifestar-se na linguagem infantilizada utilizada para com os idosos, nomeadamente pelo discurso simplificado, uso de diminutivos ou fala vagarosa (Schroots, 2003).

De acordo com uma pesquisa realizada por Minichiello, Browne e Kendig (2000), os aspectos mais atingidos pelo idadismo são a auto-percepção que o idoso tem de si, e o seu sentimento de segurança na comunidade em que está inserido (Couto, 2005).

O Idadismo pode trazer várias consequências para o idoso, nomeadamente: isolamento, institucionalização, diminuição do sentimento de auto-eficácia, diminuição da actividade, e aumento dos maus-tratos dos idosos. Também a valorização excessiva da juventude influencia negativamente o idoso, acabando por surgir conflitos intergeracionais, entre jovens e idosos (Ribeiro, 2007), afastando cada vez mais estes grupos na sociedade (Palmore, 1999).

Face a isto, é muito importante, que sejam tomadas medidas de modo a diminuir este tipo de atitudes e concepções para com os idosos, procurando ao mesmo tempo um aumento do bem-estar e qualidade de vida do idoso. Uma destas medidas, é a actuação com gerações mais jovens, pela transmissão de informações, para a adopção de atitudes positivas face ao envelhecimento. Também o desenvolvimento de programas intergeracionais entre idosos, crianças ou jovens se torna importante, de modo a combater as representações negativas sobre o envelhecimento, e são ao mesmo tempo uma forma de gerar informação sobre o mesmo. Estes programas podem ter como objectivos a formação de técnicos, ou o estabelecimento de relações informais, pedagógicas ou lúdicas, entre crianças e idosos (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006).

3.2.2. Gerontofobia

A “gerontofobia” surge como outro tipo de atitudes discriminatórias relativamente às pessoas idosas. Esta é descrita por Berger e Mailloux-Poirier (1995, in Catita, 2008), como um medo irracional relativamente a tudo o que diz respeito à velhice e ao idoso, afectando, o comportamento das pessoas mais jovens relativamente aos mais velhos, conduzindo à resistência do processo de envelhecimento. Este tipo de comportamentos, tende a acontecer mais em pessoas que não admitem que estão ou que irão envelhecer, evitando confrontar-se com a ideia do envelhecimento, uma vez que este está ligado a representações de doença, de

limitações físicas, de depressão e incapacidades. Manifesta-se, geralmente, através de comportamentos desfavoráveis e negativos, pela recusa, pela apatia e indiferença face aos idosos (Catita, 2008; Castro, 2007).

Segundo Palmore, as pessoas não odeiam ou receiam directamente as pessoas idosas, ou necessariamente o seu envelhecimento cronológico, mas pelo contrário, as pessoas têm medo das dificuldades crescentes, da senilidade e da aproximação da morte (Combe, & Schmader, 1999).

Os idosos também podem revelar este tipo de atitudes, nomeadamente as mulheres que se sentem descontentes com o seu envelhecimento (Castro, 2007).

3.3. Os Auto-Estereótipos

Boduroglu et al. (2006, cit it Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Lucciani, 2009), que se focaram no estudo dos estereótipos nos domínios social/ emocional e mental/ físico, mostraram que os estereótipos etários podem também ser experienciados pelos próprios idosos. Assim, os idosos acabam por representar e internalizar as imagens desfavorecidas e comportam-se consistentemente com elas (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007; Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994). Desta forma, cada idoso experimenta acontecimentos que não lhe permitem negar que envelhece, acabando por aceitar a auto-definição negativa que afecta o comportamento (Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994).

Um outro indicador das atitudes em relação ao envelhecimento, é a forma como o idoso percebe o seu próprio envelhecimento (Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Lucciani, 2009; Santos, 2006). A investigação revista tem a sua influência nos trabalhos de Mead (1934), que defendia que as atitudes positivas e negativas são internalizadas e tornam-se parte do self individual. Assim, os indivíduos tomam para si as atitudes generalizadas atribuídas pelos outros. Desta forma, a auto-percepção que o idoso faz, reflecte as percepções dos outros em relação ao próprio sujeito (Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Lucciani, 2009).

Assim, a imagem predominantemente negativa que a sociedade tem do idoso pode influenciar a percepção que as pessoas idosas têm delas próprias, levando a que o idoso acredite nestas crenças como sendo verdadeiras (McGuire, Klein & Chen, 2008; Catita 2008), tornando a sua percepção do envelhecimento negativa. Pode dizer-se que os idosos são influenciados pela imagem social que a sociedade tem sobre o envelhecimento, isto é, a forma

como ela percebe o envelhecimento. Com base nisto, a percepção que temos de uma pessoa influencia o comportamento em relação a ela, condicionando, por sua vez a forma como essa pessoa se auto-percepciona, influenciando o seu auto-conceito (Sijuwade, 2009).

Desta forma, existem relações entre os estereótipos associados ao envelhecimento, e as auto-percepções do indivíduo. Estas relações, afectam áreas como as atitudes, o funcionamento cognitivo ou as reacções físicas (Hummert, 2003).

Segundo Levy, o processo pelo qual os indivíduos adquirem auto-percepções como idosos, segue dois estádios: num primeiro momento, os estereótipos são internalizados na infância, pela socialização, mas sem terem um impacto na auto-percepção, visto que aqui os estereótipos são dirigidos a indivíduos exteriores ao grupo, porém, num segundo momento, quando um indivíduo atinge a idade avançada, os estereótipos tornam-se auto-estereótipos, visto que agora, são estes os categorizados pelos outros como fazendo parte de um determinado grupo, ocorrendo uma identificação com o grupo ao qual o idoso pertence (Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Lucciani, 2009; Levy, 2003).

Com base nisto, quando o indivíduo chega à idade avançada, os estereótipos internalizados e reforçados durante décadas, tornam-se auto-estereótipos, pois quanto mais velho, o próprio indivíduo torna-se o alvo do estereótipo, daí que os idosos tenham tendência a expressar atitudes em relação ao seu grupo geralmente tão ou mais negativas como as exprimidas pelos jovens (Levy, 2003). Isto é demonstrado por estudos realizados por Hummert, Garstka, Shaner e Strahm (1994, cit in Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003) e Hellbusch, Corbin, Thorson, & Stacy, (1994, cit in Rupp, Credé Vodanovich &, 2005), em que os idosos descrevem representações mais complexas sobre o envelhecimento que jovens e adultos de meia-idade. No entanto, existem estudos em que os idosos tendem a apresentar estereótipos positivos relacionados com o envelhecimento, deduzindo-se que não deve ser assim tão generalizada a noção de que a auto-imagem do envelhecimento é predominantemente negativa (Sánchez, 1982). No entanto, segundo a literatura revista, são os participantes de meia-idade (na média) aqueles que apresentam resultados mais elevados em termos dos estereótipos (Rupp, Vodanovich & Credé, 2005).

De acordo com Levy (2003), o declínio que se verifica no envelhecimento não é devido a características biológicas, mas devido aos efeitos psicológicos que os auto-estereótipos têm no idoso. Com base nisto, Levy e Langer (1994), verificaram que os idosos expostos a estereótipos etários negativos tendem a ter pior performance que aqueles a que são

apresentados estereótipos positivos em tarefas que requerem memória (Levy, 2003; Hess, Hinson & Statham, 2004). Assim, a internalização de determinados estereótipos pelos idosos pode afectar campos como a memória, através da activação de certos elementos comportamentais (Hess, Hinson & Statham, 2004).

Em estudos longitudinais, foi examinado se o facto de se ter percepções positivas de envelhecimento, prediz uma melhor saúde ao longo do tempo. Um estudo baseado no *Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement* (OLSAR), com 50 idosos, e realizado ao longo de 20 anos, apontou que os indivíduos com auto-percepções positivas sobre o envelhecimento em 1975 apresentavam um melhor funcionamento ao nível da saúde, de 1977 a 1995. Um outro estudo, verificou que idosos com percepções positivas acerca do seu envelhecimento, viveram em média mais 7,5 anos que aqueles com percepções negativas do seu envelhecimento (Levy, 2003).

Assim, estudos recentes apresentam que a auto-estereótipia ou a activação de estereótipos considerados relevantes para a auto-identidade, podem ter várias consequências, sendo que participantes idosos expostos a estereótipos negativos tendem a ter piores performances em termos de memória, auto-eficácia e julgamentos sobre outros idosos (Levy, Ashman & Dror, 1999;2000).

Um estudo realizado por Levy, Ashman e Dror (1999;2000), apresentou resultados em que idosos expostos a estereótipos positivos tendem a mostrar vontade de viver, a procurar tratamento em casos hipotéticos de doença, sem ter em conta custos, enquanto idosos expostos a estereótipos negativos tendem a recusar os mesmos tratamentos, e que morreriam rapidamente. Assim, os auto-estereótipos negativos tendem não só a afectar a qualidade de vida dos idosos, mas também, segundo os autores, a duração da mesma, bem como os cuidados ao nível da saúde.

Segundo Sánchez (1982), a auto-imagem é muito importante para que o idoso aceite elementos positivos ou negativos dos estereótipos. Assim, se a auto-imagem do idoso for positiva, isso levará à aceitação de estereótipos positivos, levando à manutenção dessa auto-imagem positiva. Pelo contrário, se a auto-imagem ou auto-conceito forem negativos, são os elementos negativos dos estereótipos que serão aceites.

4. ESTUDOS SOBRE ESTEREÓTIPOS EM RELAÇÃO AO ENVELHECIMENTO

Segundo Tukman e Lorge (1952, cit in Ribeiro, 2007), investigações antigas, apresentam imagens de velhice e de envelhecimento essencialmente negativas, em que os idosos são vistos como conservadores, descuidados, pobres e deprimidos, e como sendo partilhadas por todos os grupos sociais. Pelo contrário, em estudos recentes, coexistem imagens positivas, negativas e neutras, notando-se alguma inconsistência e variabilidade nos resultados. Isto confirma também a grande heterogeneidade e complexidade dos estereótipos e concepções relacionadas com o envelhecimento, falando-se na multi-dimencionalidade do envelhecimento (Ribeiro, 2007; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Isto poderá igualmente ser verificado nos estudos encontrados a respeito desta temática.

4.1. Estudos Internacionais

No domínio dos estudos encontrados a nível internacional, a maioria focava sobretudo a percepção dos jovens ou dos adultos em relação ao idoso e ao envelhecimento. Os estudos realizados com crianças por exemplo colocam o idoso como estando associado a doenças, aumento das limitações na realização de actividades físicas, fragilidade e morte (Mazutti e Scortegagna, 2006; Lopes & Park, 2007; Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003), ou como estando associado a rugas e cabelo grisalho, perda de audição, peso e a perda de capacidades físicas (Newman, Faux & Lariner, 1997, cit in Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003; Lopes & Park, 2007; Monchietti & Sánchez, 2008). No entanto, estes estudos consideram também imagens positivas do idoso, em que surgem noções como envelhecimento associado a beleza (Mazutti & Scortegagna, 2006), os idosos são vistos como pessoas activas, que podem trabalhar e realizar várias actividades e de que os velhos não são todos iguais (Lopes & Park, 2007).

Estudos realizados com jovens indicam concepções de idoso e de envelhecimento associadas a fragilidade e dependência. No entanto, as idosas são consideradas mais frágeis que os idosos do sexo masculino. De modo geral, os idosos são vistos como pessoas desamparadas e improdutivas. Numa vasta lista, os jovens tendem a ver o idoso numa vertente negativa (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007).

De modo geral, os estudos encontrados, associam o idoso a dependência, solidão e doenças, a perdas biológicas, perda de laços familiares e do ritmo de trabalho (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000; Newman, Faux & Laurimer, 1997, cit in Lopes & Park, 2007).

Em outros estudos, surgem concepções que caracterizam os idosos como não sendo sociáveis, não gostam de se reunir, temem o futuro; são pessoas doentes, tomam muita medicação, têm raciocínios senis, não se preocupam com a sua aparência; são muito religiosos, são sensíveis e inseguros, não se interessam pela sexualidade, são frágeis e são na maioria, pobres. Por outro lado, surgem outras concepções positivas, em que se associa os idosos ao gostar de rir; jogar às cartas, conversar e contar as recordações (Champagne & Frennet (S.d, cit in Castro, 2007) e como sendo símbolo de experiência e sabedoria (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000) e (Newman, Faux & Laurimer, 1997, cit in Lopes & Park, 2007).

Simões (1985), referiu ainda estudos realizados com sujeitos adultos, em que os estereótipos mais comumente identificados foram: *“doente, cansado, sem interesse pelo sexo, mentalmente lento, desmemoriado, menos apto para aprender coisas novas, rabugento, pouco sociável, autocompadecido, improdutivo e vivendo na pior idade da vida* (cit in Simões, 1985, p.208).

Podem também ser referidos alguns estudos, que tiveram como objectivo a comparação das concepções sobre a velhice, entre indivíduos jovens e idosos. Um estudo realizado por Cornelia Hummel (2001 cit in Silva, 2006), com adultos (entre os 25 e os 40 anos), e sujeitos idosos, com idades compreendidas ente os 82 e 86 anos, indicou que só os indivíduos adultos definem velhice em termos de ganhos e perdas, destacando as perdas, mas associando a velhice a alguns ganhos, como a sabedoria, a serenidade, o tempo para viver a vida.

Estudos realizados com jovens e idosos, por sua vez, indicam que os idosos desenvolvem sobretudo uma concepção de velhice determinada por ganhos e perdas, enquanto os jovens (20-36 anos), apresentam concepções mais fatalistas, centradas sobretudo no declino (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989, cit in Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo, 1999).

Um outro estudo realizado por Kite, Deaux & Miele (1991), com jovens estudantes e idosos, verificou que existiam mais concepções estereotípicas quando o alvo eram os idosos, do que quando o alvo foram os jovens. Verificou-se que os idosos tendem a ver-se de forma menos negativa, do que quando são os jovens a caracterizar o idoso. Apesar de o idoso ser

visto como mal-humorado, crítico, pobre, ele é também caracterizado como uma pessoa generosa, inteligente e experiente. Os idosos tendem também a caracterizar as pessoas com 65 anos de idade como menos conversadores e faladores que os jovens; os jovens vêem também o idoso menos sociável que indivíduos com 35 anos de idade.

Os estudos internacionais realizados apenas com a população idosa podem ser observados na tabela 6.

Tabela 6. Estudos Internacionais referentes às concepções de Envelhecimento e de Idoso

Autores	Objectivo	Instrumento	Amostra	Principais resultados
Araújo, Coutinho e Saldanha (2005)	Estudar as representações sociais de velhice	Teste de Associação livre de Palavras	100 Idosos (Instituições de Longa Permanência e Grupos de Convivência)	- Auto-imagem negativa do processo de envelhecimento; Associado ao binómio saúde-doença; Os idosos de instituições de longa permanência vivenciam o processo de envelhecimento de forma negativa, como um isolamento sócio-afectivo; - Para as idosas, a velhice é um momento “feliz” da vida.
Araújo, Coutinho e Santos (2006)	Estudar as representações sociais de velhice.	Entrevistas Semi-Estruturadas	50 Idosos (Instituições de Longa Permanência e Grupos de Convivência)	- Idosos institucionalizados encaram a velhice de forma negativa, como uma espera da morte; As idosas não institucionalizadas têm representações associadas a actividade, liberdade, autonomia e independência; - Velhice: binómio saúde-doença, com uma conotação negativa da mesma; Referem que os idosos não envelhecem todos da mesma forma;
Silva, Fossatti e Portella, (2007)	Conhecer a percepção do envelhecimento	Entrevistas qualitativas	Idosos dos 62-78 anos	-Incapacidade em efectuar trabalhos como os jovens, devido à fraqueza muscular e risco de doença; -Processo normal da vida; O Idoso gosta de se ver ao espelho.
Duarte, Santana, Soares, Dias e Thorfen (2005)		Entrevistas qualitativas	11 Idosos com mais de 60 anos	- Velhice relacionada com vontade de trabalhar e de viver; fase de aquisição de conhecimentos e de experiências pessoais; Associada à integridade física, capacidade de lembrar. - Ser velho surge associado a desânimo (perda de gosto pela vida), dependência e incapacidade físicas, falta de objectivos, e de sonhos;
Massaia (2005)	Conhecer as concepções de envelhecimento de idosos institucionalizados	Entrevistas qualitativas	9 Idosos (maioria viúvos e do sexo feminino)	- Velhice associada a limitações físicas, doenças e dependência; diminuição de contactos e de actividades sociais; a solidão (consequência da viuvez, institucionalização, afastamento familiar e social), infelicidade e perda de memória; Reforma como característica da velhice; Conotação positiva: vontade de trabalhar; memória vista como símbolo de lucidez e independência;
Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999)	Estudar as representações sociais sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento.	Entrevista estruturada	37 Idosos (entre 52 e 92 anos)	-Nas idosas: perda dos laços familiares e da Identidade Física; acreditam os idosos, no geral ficam feios com o envelhecimento; Velhice sinónima de doença; auto-imagem negativa do processo de envelhecimento. O envelhecimento é um incómodo, um problema. Associação do idoso a solidão (consequência da viuvez); Os idosos do sexo masculino associam ao idoso a perda da capacidade de trabalho; inactividade e isolamento social. Também associam a experiência e capacidades intelectuais; Corpo visto como uma máquina velha, que incomoda;
Areosa (2004)	Estudar as	Questionário e	150 Idosos a	- Para as idosas, os homens são desleixados, não se cuidam, e tornam-se

	representações sociais de velhice em idosos de Grupos de Convivencia	Entrevistas	partir dos 60 anos de idade	inactivos. As mulheres consideram que são mais activas, que cuidam mais da aparência física e da saúde. - Para os idosos do sexo masculino, o idoso é preguiçoso - Diminuição da saúde não está relacionada com limitações físicas ou com a idade; Envelhecimento como fase de maturidade, fase positiva, natural, e associado a maior participação nas actividades sociais
Murillo, Correa e Aguirre, (2006)	Conhecer as representações sociais de envelhecimento, relacionado com o processo de saúde e doença	Entrevistas	20 Idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos.	- Idosos do sexo masculino associam a incapacidade de trabalhar; as idosas referem-se à velhice como impossibilidade de manter relações sociais; - A idade não é um obstáculo para se sentirem bem; fase de experiências, maturidade, liberdade, de crescimento pessoal, autonomia, sabedoria e bem-estar e saúde; Associação a maior disponibilidade de tempo, a liberdade, sabedoria e bem-estar;
Kuznier (2007)		Entrevistas	10 Idosos internados	- Envelhecimento associado a experiência; diminuição das capacidades físicas e mentais, da flexibilidade e da memória; associada a doenças, perda de saúde, diminuição das actividades e de contactos sociais. Velhice é relacionada com a reforma e dificuldades económicas;
Duarte, Santana, Soares, Dias e Thofern, (2005)	Aumentar os conhecimentos sobre o envelhecimento	Entrevistas Semi-Estruturadas	11 Idosos	- O idoso está associado a inutilidade, solidão, não ter vontade de viver, limitações físicas e dependência. Associação a características físicas como a pele enrugada; Imagem de velho associada a algo descartável, estragado - Associam também a noções como respeito e maturidade.
Sijuwade, (2009)	Compreender a imagem que o idoso tem de si próprio, e a imagem que possui de envelhecimento	Questionário para explorar a transição para a velhice; e "Aging Quiz": explorar conhecimentos sobre o envelhecimento	25 Idosos (60-75 anos)	- Percepção do envelhecimento predominantemente negativa; - Imagem do idoso como sendo dependente;
Frumi e Celich (2006)	Conhecer o significado de envelhecimento e de morte	Entrevista	5 Idosos de Grupos de Convivência	Fase de experiências acumuladas, maturidade, liberdade, de crescimento pessoal;

Outros estudos (Medrado, 1994, in Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999) apresentam representações caracterizadas por conteúdos como: não serve para nada, inutilidade, não vai para a frente, não tem saúde e é doente.

4.2. Estudos Nacionais

Ao nível dos estudos nacionais, estes parecem ser resduzidos, sendo que muito poucos foram realizados com participantes idosos (Marques, Lima & Novo, 2006).

No entanto, podem ser encontrados estudos realizados com adultos, nomeadamente um utilizado por Simões (1985), em que os resultados indicaram concepções de idoso como tendo grande experiencia de vida, incapacidade para ter um emprego, a idade em que encontram é equiparada ao “Inverno da vida”, interessam-se muito pelo passado e cansam-se muito. O idoso surge também caracterizado como prudente e cauteloso. Existe pouca referência à noção de idoso como uma pessoa doente, surgindo mais como pouco saudável. Não surge também, a imagem do idoso como tendo pouca memória, sendo que a noção que mais se enquadra, é a de que a falta de memória pode ser detectada numa situação, mas não em outras.

Estudos com profissionais de saúde, apontam os idosos como tristes, doentes, senis, debilitados, frágeis, dependentes, parados, cansados e sem ocupação, contudo igualmente associado a sabedoria, experiencia e conhecimento (Catita, 2008). O idoso surge também associado a abandono, a 2ª infância, como alguém que necessita de muita atenção e carinho, é “rabujento” e “teimoso”. O idoso é também visto como símbolo de limitações físicas e cognitivas (Castro, 2007). Dentro desta linha, Ribeiro (2007), indicou que os profissionais de saúde associam ao idoso poucas imagens de dependência e de tristeza, sendo no entanto mais associado a imagens de maturidade, afectividade e a incompetência.

Um estudo realizado por Marques, Lima e Novo (2006), procurou analisar os atributos estereotípicos de pessoas jovens e idosas. O que se verificou foi, que relativamente à população jovem, a maioria dos atributos que lhe é atribuída é positiva, sendo que para a população idosa, essa conotação positiva está diminuída. De modo geral, e dentro de uma lista extensa, os jovens são vistos pelos idosos como pessoas que cuidam da sua aparência física, são saudáveis, bonitos, activos, aventureiros, divertidos, sociáveis, criativo, instruídos. São também caracterizados de forma negativa como precipitados e irresponsáveis. Por sua vez, os idosos são caracterizados pelos jovens como incapacitados física e intelectualmente, reformados, rabugentos, esquecidos, doentes, dependentes, sós, lentos e desorientados. São ainda caracterizados como experientes e sábios.

Na tabela 7 podem ser encontrados alguns estudos portugueses realizados com a população idosa, inclusivamente o estudo atrás referido.

Tabela 7. Estudos nacionais referentes às concepções de Envelhecimento e de Idoso

Autores	Objectivo do estudo	Instrumento	Amostra	Principais resultados
Silva (2006)	Conhecer as representações sociais do que é e do que será ser velho	Entrevista	24 Idosos com Idades Superiores a 50 anos	- Representação associada a desgaste físico e perda de capacidades motoras e intelectuais, mas sem estar inerente a perda de capacidades mentais, ou seja, a pessoa continua lúcida. As doenças é que são responsáveis pela diminuição das capacidades mentais, como a perda de memória. - Perda de Capacidades é irreversível; desgaste físico e mental associado a dependência. Imagem social de velhice de solidão, isolamento; - Envelhecer é também ter experiencia, maturidade e dignidade, acumulação de experiencias; maior capacidade de prever consequências;
Coelho (2008)		Entrevista	12 Idosos voluntários da delegação Corpo Amarelo	-Envelhecimento associado a incapacidades físicas, solidão, tristeza e “falta de amor”, dependência e fim da vida. - Surge também associado a sabedoria, experiencia acumulada; o Idoso pode trazer contributos para a sociedade
Marques, Lima e Novo (2006)	Procurou analisar os atributos estereotípicos de pessoas jovens e idosas	Questionário construído para avaliar estereótipos	60 Pessoas jovens e 60 pessoas idosas	Os idosos fazem uma caracterização principalmente em termos positivos (avós, experientes, maduros, conselheiros, sábios e trabalhadores). Contudo, apresentam também estereótipos conservadores, sós, esquecidos, declínio, lentos, dependentes, rabugentos ou lentos (A lista neste estudo é bastante extensa, estão referidos aqueles com maiores índices médios).
Sousa, Cerqueira e Galante (2008),	Caracterizar as imagens de idoso e de envelhecimento em vários grupos etários	Escala ImAges	Jovens (13-27 anos), Adultos (33-47 anos), Jovens idosos (53-67 anos) Muito idosos (73-87 anos),	São os participantes muito idosos que apresentam imagens mais negativas de idoso e envelhecimento, nomeadamente imagens de tristeza, dependência, fora de moda, inutilidade e incompetência intelectual e cognitiva, do que os restantes participantes. São no entanto os “jovens idosos” (53-67 anos), que apresentam imagens positivas relacionadas com maturidade, afectividade e actividade, vendo ganhos com envelhecimento. Pode referir-se, de modo geral, que os resultados deste estudo indicam que os grupos que apresentam imagens mais negativas de velhice são os idosos muito velhos e os jovens, sendo o grupo dos adultos aquele que tem uma imagem positiva, associada a maturidade ou sabedoria.

II.

ESTUDO EMPÍRICO

5. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O actual contexto de envelhecimento da população portuguesa tem-se intensificado cada vez mais, em parte devido à melhoria das condições de saúde, avanços tecnológicos e científicos, e também devido ao aumento de conhecimentos sobre esta população (Ribeiro, 2007), implicando uma necessidade crescente de estudar as características desta faixa etária, contribuindo, assim, para a modificação ou eliminação de determinados estereótipos e crenças sobre a população idosa (Gásquez, Pérez-Fuentes, Fernández, González, Ruiz & Díaz, 2009).

Face à influência que a sociedade possui na formação de crenças sobre a população idosa, a literatura revista refere que existe a tendência, para que as pessoas automaticamente categorizem os outros (e os próprios) de várias formas, nomeadamente em função da idade. Isto tende a gerar a inferência de competências e características cognitivas, funcionais e religiosas relativas ao outro, manifestando-se sobre a forma de imagens (Ribeiro, 2007).

Ao longo da história, a imagem social do idoso, tem vindo a sofrer diversas alterações, em que se caminha desde a imagem de prestígio a uma imagem de inutilidade. Actualmente, prevalece a imagem do idoso como vivendo isolado, com dificuldades ao nível biológico e mental, com problemas de saúde, dependente de outros, ultrapassado, antiquado e senil predominando uma imagem negativa de velho e de envelhecimento (Ribeirinho, 2005).

Em função disto, a imagem deixa de ser apenas uma forma de caracterizar os outros, para passar a ser uma representação social dos estereótipos, atitudes, crenças e mitos, com impacto na produção de informação e nos conhecimentos sobre um determinado grupo social (Ribeiro, 2007).

Desta forma, os estereótipos e imagens negativas que prevalecem na sociedade estão muitas vezes associados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, continuando-se por isso a associar a imagem de idoso, à de inutilidade e inactividade. No entanto, existem novas formas de envelhecimento, que tendem a contradizer esta imagem estereotipada, (Ribeirinho, 2005), falando-se já no conceito de envelhecimento bem-sucedido, que surge associado à ideia da utilização do potencial individual para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico (Marconcin, Real, Dias & Fonseca, 2010). De acordo com isto, está o facto de existirem muitos idosos que continuam o desempenho de várias actividades, pois nem sempre o facto de ter muita idade corresponde a inactividade, havendo muitos idosos que continuam a

exercer diversas actividades. Assim, há pois a necessidade e a urgência de uma desmistificação do conceito de velhice (Ribeirinho, 2005).

Os estereótipos geralmente associados ao envelhecimento, tendem ainda a causar no idoso alguma perturbação, pois estes podem negar as suas potencialidades, levando a uma crescente aceitação e identificação com os estereótipos (Castro, 2007; Silva, 2006), conduzindo o idoso à conformidade para com os estereótipos negativos do idadismo. Por sua vez, esta conformidade pode resultar na redução da auto-estima, na percepção da diminuição das suas competências pessoais, bem como induzir a deterioração da sua saúde física e mental (Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010).

Segundo Sánchez (1982), no caso de idosos institucionalizados, é possível que estes, ou aqueles que pertencem a grupos marginalizados ou que estão em condições de dependência, possuam predominantemente atitudes negativas perante a velhice e tudo aquilo que a representa, não acontecendo o mesmo com idosos independentes ou com um elevado nível de educação, ou que ocupam posições de prestígio apesar da idade que possam ter.

Na literatura, é ainda referido o ambiente em que o idoso institucionalizado se encontra, que pode influenciar o processo de envelhecimento, quer ao nível da autonomia, quer ao nível do bem-estar (Almeida, 2008), desempenhando um papel importante na qualidade do processo de envelhecimento (Almeida & Rodrigues, 2008).

Ao falar-se no conceito de estereótipo, existe o risco de que os estereótipos se auto-confirmem no idoso, quando este se identifica com os mesmos. Uma das formas de isto não acontecer, é fomentando o contacto intergeracional, pois este permite uma maior compreensão, tolerância e atitudes positivas, dentro do próprio grupo, alterando, ao mesmo tempo as consequências negativas das comparações grupais. Este contacto com outros grupos é importante não só para reduzir os estereótipos, mas também o risco da auto-categorização numa determinada categoria (Abrams, Crisp, Marques, Fagg, Bedford & Provias, 2008).

Em Portugal, os estudos que têm como objectivo conhecer os estereótipos etários, são escassos, sendo que a grande maioria não foi realizada com participantes idosos (Marques, Lima & Novo, 2006). Neste sentido, este estudo pretende contribuir, para o aumento de conhecimento da imagem que as pessoas idosas possuem sobre o próprio idoso, velhice e envelhecimento, permitindo obter uma visão dos próprios idosos sobre o envelhecimento.

O problema de investigação sobre o qual este estudo se centra, é portanto conhecer e avaliar as imagens e estereótipos de idoso e de envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificando se existe diferenças entre os mesmos.

Assim, este estudo é sobretudo de carácter descritivo, pois pretende recolher os dados de forma sistemática, e onde estes são tratados de forma estatística, sendo também um tipo de estudo transversal, por recolher os dados num único momento.

6. OBJECTIVOS E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Este estudo pretende conhecer as imagens e estereótipos que os idosos institucionalizados e não institucionalizados do distrito de Castelo Branco possuem sobre o idoso e o envelhecimento. Tem ainda como objectivos específicos:

1. Avaliar os estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento nos idosos pertencentes ao distrito de Castelo Branco.
2. Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, comparativamente entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.
3. Averiguar, se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e envelhecimento, entre as variáveis género, estado civil, escolaridade e zona de residência.
4. Analisar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, e a variável Avaliação de Saúde entre os idosos participantes do estudo.
5. Analisar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, e a variável Avaliação do Processo de Envelhecimento, entre os idosos participantes do estudo.
6. Determinar a relação existente entre os estereótipos e imagens de idoso, e o contacto com jovens e crianças, em idosos do Concelho de Castelo Branco.

Tendo em consideração os objectivos referidos, foram estabelecidas para este estudo as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H₁): Idosos Institucionalizados possuem mais imagens e estereótipos negativos sobre o envelhecimento que os idosos não institucionalizados.

Hipótese 2 (H₂): Os estereótipos e imagens que os idosos possuem sobre o idoso e sobre o envelhecimento são maioritariamente negativos.

Hipótese 3 (H₃): Idosos que percebem a sua saúde como muito má ou má possuem mais estereótipos e imagens negativas sobre o envelhecimento, do que os idosos que têm uma percepção de saúde muito boa ou boa.

Hipótese 4 (H₄): Idosos que percebem o seu envelhecimento como muito mau ou mau, possuem mais estereótipos e imagens negativas sobre o envelhecimento que os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como muito bom ou bom.

Hipótese 5 (H₅): Quanto maior o contacto entre jovens e crianças, mais positivas são as imagens sobre o idoso e envelhecimento.

7. MÉTODO

7.1. Participantes do estudo

Participaram neste estudo 120 idosos com idades compreendidas entre 65 e 99 anos. A média de idades dos sujeitos é de 78 anos (DP= 7,55), a mediana é 79 anos de idade, e a moda, é 73 anos. Dos idosos inquiridos, 60 (50%) idosos encontravam-se em instituições (lares de Terceira Idade) e 60 (50%) idosos encontravam-se não institucionalizados. Todos os sujeitos pertencem ao distrito de Castelo Branco.

Na amostra, 73 idosos são do sexo feminino (60, 8%), sendo que 43 (35, 8%) encontram-se institucionalizados, e 30 (25%) não se encontram institucionalizadas, enquanto 47 idosos são do sexo masculino (39,2%), sendo 17 (14,2%) institucionalizados, e 30 (25%) não institucionalizados.

Quanto ao Estado Civil, 72 (70%) idosos são viúvos, sendo que 50 (41,7%) estão institucionalizados, e 22 (18,3%) idosos viúvos não se encontram institucionalizados. No grupo de idosos não institucionalizados 36 (30%) idosos são casados, e nos idosos institucionalizados 5 (4,2%) são casados.

Em relação à escolaridade, 65 (54,2%) idosos possui o 1º ciclo de escolaridade, tanto no grupo de idosos institucionalizados como não institucionalizados. Seguem-se 24 (20%) idosos que não sabem ler nem escrever. Com o Ensino Superior, encontram-se 6 (5,0%) idosos. Relativamente à Zona de Residência, os participantes residem, na sua maioria, no meio urbano (n=71; 59,2%).

Os dados apresentados, podem ainda ser visualizados na Tabela 8.

Tabela 8. Características Sociodemográficas da Amostra (N=120).

	Idosos Institucionalizados	Idosos Não institucionalizados	Total
Género			
Masculino	17 (14,2%)	30 (25%)	47 (39,2%)
Feminino	43 (35,8%)	30 (%)	73 (60,8%)
Estado Civil			
Solteiro	5 (4,2%)	0 (0%)	5 (4,2%)
Casado	5 (4,2%)	36 (30%)	41 (34,2%)
União de Facto	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Divorciado	0 (0%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Viúvo	50 (41,7%)	22 (18,3%)	72 (70%)
Escolaridade			
Não sabe ler/escrever	15 (12,5)	9 (7,5%)	24 (20%)
Sabe ler e escrever	6 (5,5%)	5 (4,2%)	11 (9,2%)
1º Ciclo	33 (27,5)	32 (26,7%)	65 (54,2%)
2º -3º Ciclo	5 (4,2%)	9 (7,5%)	14 (11,7%)
Curso Superior	1 (0,8%)	5 (4,2%)	6 (5,0%)
Zona de Residência			
Meio Rural	17 (14,2%)	32 (26,7%)	49 (40,8%)
Meio Urbano	43 (35,8%)	28 (23,3%)	71 (59,2%)

Quanto à forma como o idoso avalia a sua saúde, 45 (37,5%) idosos avaliam a sua saúde como mais ou menos, 31 (25,8%) fazem uma avaliação da saúde como sendo má, 23

(19,2%) avaliam-na como muito má, e 21 (17,5%) idosos avaliam a sua saúde como boa. Dos idosos institucionalizados, 16 (13,3%), avaliam a sua saúde como muito má, 21 (17,5%) avaliam-na como sendo má, e 10 (8,3%), fazem uma avaliação da sua saúde como sendo boa. No grupo de idosos não institucionalizados, 11 (9,2%), avaliam a sua saúde como boa, 32 (26,7 %) avaliam a sua saúde como mais ou menos, e 10 (8,3%), avaliam a sua saúde como má.

Estes dados podem ser observados na tabela 9.

Tabela 9. Avaliação de Saúde dos Idosos Participantes (N=120).

	Idosos Institucionalizados	Idosos não institucionalizados	Total
Muito má	16 (13,3%)	7 (5,8%)	23 (19,2%)
Má	21 (17,5%)	10 (8,3%)	31 (25,8%)
Mais ou Menos	13 (10,8%)	32 (26,7%)	45 (37,5%)
Boa	10 (8,3%)	11 (9,2%)	21 (17,5%)
Muito Boa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Relativamente à avaliação do processo de envelhecimento, 50 (41,7%) participantes consideram que a forma como envelhecem não é boa nem má, 44 (36,7%), avaliam o seu processo de envelhecimento como bom, e 20 (16,7%), avaliam o seu processo de envelhecimento como mau. Com uma avaliação do processo de envelhecimento como sendo muito bom, encontram-se 2 (1,7%) idosos. Destes, 28 (23,3%) idosos institucionalizados avaliam a sua saúde como mais ou menos, e 25 (20,8) idosos não institucionalizados avaliam a sua saúde como boa. Estes dados podem ser consultados na tabela 10.

Tabela 10. Avaliação do modo como o idoso percebe a forma como está a envelhecer (N=120).

	Idosos Institucionalizados	Idosos não institucionalizados	Total
Muito má	2 (1,7%)	2 (1,7%)	4 (3,3%)
Má	11 (9,2%)	9 (7,5%)	20 (16,7%)
Nem Boa nem Má	28 (23,3%)	22 (18,3%)	50 (41,7%)
Boa	19 (15,8%)	25 (20,8%)	44 (36,7%)
Muito Boa	2 (1,7%)	0	2 (1,7%)

Quando questionados acerca da forma como os idosos percebem o seu grau de contacto com jovens e crianças, 64 (53,3%) idosos consideram que não têm qualquer contacto com jovens ou crianças e 12 (10%) idosos referem conviver todos os dias com jovens e crianças. Destes, 36 (30%) idosos institucionalizados consideram que nunca convivem com

jovens e crianças, e 2 (1,7%) idosos institucionalizados consideram ter um contacto diário com crianças e jovens. Já dos idosos não institucionalizados, 28 (23,3%), referem nunca conviver com jovens e crianças, enquanto 10 (8,3%) referem conviver todos os dias com jovens e crianças.

Estes dados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição da amostra relativamente à Variável Frequência do Contacto com Jovens e Crianças.

	Idosos Institucionalizados	Idosos não institucionalizados	Total
Nunca	36 (30%)	28 (23,3%)	64 (53,3%)
Menos de uma vez por semana	18 (15%)	7 (5,8%)	25 (20,8%)
Uma vez por semana	3 (2,5%)	8 (6,7%)	11 (9,2%)
Duas a três vezes por semana	1 (0,8%)	7 (5,8%)	8 (6,7%)
Todos os dias	2 (1,7%)	10 (8,3%)	12 (10%)

Os critérios de selecção da amostra, foram: i) os idosos terem 65 ou mais anos e ii) pertencerem ao distrito de Castelo Branco, e iii) serem idosos institucionalizados e não institucionalizados. Referir ainda, que este trata-se de um estudo transversal.

7.2. Instrumentos

No âmbito deste estudo, foram utilizados o Questionário sóciodemográfico, e a Escala ImAges, ambos aplicados individualmente (cf Anexo I).

Questionário Sóciodemográfico

O questionário sócio-demográfico, é constituído por seis questões fechadas, que incidem sobre: idade, género, estado civil, escolaridade, zona de residência e local de residência. O questionário contém ainda três questões de resposta formato tipo Lickert, em que é pedido que ao idoso, que avalie, de 0 a 5, a forma como avalia a sua saúde, a forma como está a envelhecer, e a forma como avalia o seu grau de contacto com jovens e crianças.

Escala ImAges

A escala ImAges, foi desenvolvida por Sousa, Cerqueira e Galante (2008), com o objectivo de caracterizar as imagens sociais de velhice e de envelhecimento em diferentes grupos etários.

Trata-se de uma escala desenvolvida para a população portuguesa, nomeadamente para jovens (13-27 anos), adultos (33-47 anos de idade), “jovens-idosos” (53-67 anos de idade) e “muito idosos” (73-87 anos de idade). Este instrumento centra-se nos idosos e na velhice, tendo em conta que as imagens negativas em relação a este grupo aumentam, quando se considera este grupo do ponto de vista social (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008; Ribeiro, 2007).

As fases de construção deste instrumento, envolveram, a recolha de itens baseada na revisão de literatura e de instrumentos que estudam imagens, estereótipos, atitudes ou crenças em relação à velhice e ao envelhecimento, tanto nacionais como internacionais. Foi também utilizado um questionário composto por três frases que os indivíduos deveriam completar: *“Uma pessoa velha é... A velhice é... Sabemos que alguém está velho quando...”* Posteriormente, os itens obtidos a partir da análise efectuada, foram organizados num questionário com respostas de 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; Ribeiro, 2007).

Esta escala conteve 146 itens, que foram depois aplicados em dois momentos a duas amostras recolhidas por conveniência, com o objectivo de eliminar os itens que representassem a mesma ideia, ou que fossem pouco compreensíveis. Foi a partir daqui que surgiu a necessidade de remoção de vários itens, resultando na escala de 32 itens. Depois disto, procurou-se estudar a estrutura factorial da escala, tendo-se analisado os itens em componentes principais (rotação varimax), onde se obtiveram quatro factores (Sousa, Cerqueira e Galante, 2008). Os factores obtidos podem ser observados na tabela 12.

Tabela 12. Factores da Escala ImAges

Factor 1 <i>Dependência, Tristeza e Antiquado</i>	Inclui itens relacionados com a doença e perda de capacidades físicas, dependência, e itens associados a tristeza, solidão e viver de recordações.
Factor 2 <i>Incompetência relacional e cognitiva</i>	Compreende itens que se reportam à diminuição do desempenho ao nível cognitivo e para comportamentos sociais desajustados.
Factor 3 <i>Maturidade, actividade e afectividade</i>	Inclui itens que descrevem a velhice como uma fase de maturidade e a pessoa velha como activa e carinhosa.
Factor 4 <i>Inutilidade</i>	Inclui itens que descrevem a velhice e a pessoa velha como já não tendo contribuído a dar.

Estas denominações em cada factor, indicam a multidimensionalidade da sua estrutura e componentes, sendo que os factores Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência relacional e cognitiva e Inutilidade mostram características negativas, e apenas um factor apresenta uma natureza positiva (Maturidade, actividade e afectividade), demonstrando que as imagens negativas são mais complexas que as imagens positivas (Sousa, Cerqueira e Galante, 2008). Os factores a que correspondem os respectivos itens podem ser observados na tabela 13.

Tabela 13. 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 um a fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)

28 Uma pessoa velha é um a 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

De modo a estudar a consistência interna da escala ImAges, foi calculado o *Alpha de Cronbach*, onde se obteve, para a escala global e para cada factor, valores satisfatórios (Sousa, Cerqueira e Galante, 2008). Estes dados podem ser observados na Tabela 14.

Tabela 14. *Alpha de Cronbach* da escala, e dos respectivos factores

	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala Images (total)	0,86
Factor 1: Dependência, 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

Neste estudo foi também calculado o *Alpha de Cronbach* da Escala ImAges, obtendo-se o valor de 0,80, que segundo DeVellis (1991), pode ser considerar como bom. Em relação aos quatro factores presentes nesta escala, o *Alpha de Cronbach* para o Factor 1 (Dependência, Tristeza e Antiquado), é de 0.80, valor considerado muito bom (DeVellis, 1980), para o Factor 2 (Incompetência Relacional e Cognitiva), o *Alpha* registado foi de 0,63, que segundo DeVellis (1980), é considerado um valor aceitável, para o Factor 3 (Maturidade, Actividade e Afectividade), o *Alpha* obtido, foi de 0,66, valor também considerado aceitável. Já para o Factor 4 (Inutilidade), o *Alpha* de Cronbach obtido, foi de 0,38, considerado um valor inaceitável (DeVellis, 1991), sendo que para o presente estudo, este factor não foi analisado.

Os dados relativos ao *Alpha de Cronbach* e da escala ImAges e respectivos factores, podem observar-se na Tabela 15.

Tabela 15. Alpha de Cronbach da escala, e dos respectivos factores (n=120).

	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala Images (total)	0,80
Factor 1: Dependência, Tristeza e Antiquado	0,80
Factor 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	0,63
Factor 3: Maturidade, Actividade e Afectividade	0,66
Factor 4: Inutilidade	0,38

8. Procedimentos

Numa primeira fase deste trabalho, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, de modo a poder fundamentá-lo apropriadamente. Aqui, teve-se o cuidado de pesquisar estudos realizados na área, e instrumentos que pudessem avaliar os conceitos pretendidos. Esta procura por instrumentos foi um pouco complicada, dada a pouca existência de instrumentos utilizados e validados para a população idosa portuguesa.

Depois de várias pesquisas teve-se acesso à escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008), procedendo-se ao contacto com uma das autoras da escala, para o pedido de autorização, para o qual se obteve resposta positiva.

Já no mês de Janeiro, procedeu-se à elaboração do questionário sociodemográfico, tendo sido objecto de várias modificações, até chegar à sua fase final.

Procedeu-se ainda aos contactos necessários para pedir autorização nas instituições em que se pretendiam aplicar os questionários. Estes contactos foram feitos informalmente, e posteriormente foram formalizados com um ofício (cf Anexo II). Os locais onde foram pedidas autorizações, foram: Universidade Sénior de Castelo Branco (USALBI), Hospital Amato Lusitano (HAL) (actualmente Unidade Local de Saúde de Castelo Branco), Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco, Lar de Idosos das Sarnadas, Lar de São Roque e Lar Major Rato.

Quanto aos instrumentos, foi pedida autorização à autora da escala ImAges, para a utilização da escala e para realizar uma adaptação na forma de resposta aos questionários, para facilitar a própria resposta do idoso. Essa autorização foi cedida, e em função disso, procedeu-se à realização de desenhos, com expressões faciais, consoante o grau de concordância ao item.

No mês de Fevereiro, procedeu-se à realização de um pré-teste, com cinco idosos. Este pré-teste teve como finalidade avaliar a adequação dos questionários, e quais poderiam ser as dificuldades na resposta às questões. As alterações necessárias ocorreram na variável escolaridade, tendo-se incluído a opção “Sabe ler e escrever”, para idosos que não estudaram, mas que de alguma forma aprenderam a ler e a escrever fora da mesma. Na escala ImAges, procedeu-se também ao aumento dos caracteres, pois notou-se que alguns idosos poderiam necessitar de ver melhor as letras do questionário, embora a maioria dos questionários tenha sido o investigador a ler e a apontar as respostas.

Posteriormente, entre os meses de Fevereiro, Março e Abril, procedeu-se à aplicação individual dos questionários, onde se utilizou uma amostra por conveniência. Na maior parte dos lares de idade referidos, a aplicação teve a colaboração das Assistentes Sociais da instituição, na escolha dos idosos com condições para responder ao questionário, nomeadamente os que não estavam acamados, e os que ainda compreendiam aquilo que lhes era pedido.

Durante a aplicação, alguns idosos, mostraram-se reticentes em responder ao questionário, por acharem que não seriam capazes, outros tinham medo de responder a questões a uma pessoa que não conheciam, e por isso tinham medo de ser enganados. Em função disto, para facilitar a aplicação, procurou-se ter uma conversa breve com o idoso, fazendo-se uma apresentação pessoal, explicou-se também a cada idoso os objectivos deste estudo, e que seria garantido o seu completo anonimato de identidade, através de um consentimento informado realizado oralmente.

Em relação à aplicação dos questionários na Universidade Sénior, os idosos colaboraram muito bem, a aplicação foi também individual tendo decorrido nos intervalos das aulas.

Os questionários foram aplicados individualmente, sendo que 12 foram respondidos e preenchidos pelo próprio idoso, e 108 foram lidos e preenchidos pelo investigador. Durante a aplicação dos questionários, foram anulados quatro questionários, devido a preenchimento incompleto, sendo ainda que num dos questionários teve de ser interrompida a aplicação, por se notar que o estado emocional da idosa em questão estava debilitado, tendo daqui resultado a aplicação de 120 questionários.

8.1. Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com base no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versão 17.0)*.

Num primeiro momento, e após construção da base de dados, calcularam-se as estatísticas descritivas de modo a caracterizar a amostra presente neste estudo, nomeadamente cálculo de frequências, média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo.

Foi também calculada a consistência interna da escala ImAges, bem como dos seus factores, através do *Alpha* de Cronbach (α), medida de fiabilidade interna do instrumento. O *Alpha* varia numa escala de 0 e 1, e pode referir-se que quanto mais elevadas forem as correlações entre os itens do instrumento, maior a homogeneidade dos itens e maior a consistência da escala, isto é, maior é a consistência de que a esses itens medem a mesma dimensão ou construto. Assim quanto menor for a variabilidade dos itens na mesma amostra, mais o coeficiente se aproxima de 1, significando que mais consistente e fiável é o instrumento (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Considera-se que um *alpha* inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e quando maior ou igual a 0,90, é considerado excelente (DeVellis, 1991).

De seguida, para testar a normalidade da amostra, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov ($K-S$)², permitindo a utilização de testes paramétricos no estudo.

Dos testes utilizados, apresentam-se, o teste t de Student, utilizado para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes, e a análise de variância (ANOVA).

Foi ainda calculado o coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar a relação entre os estereótipos e imagens presentes na escala ImAges, e a variável frequência do contacto com jovens e crianças. 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). De acordo com (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 a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância $p \leq 0,05$.

9. RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados, a partir dos objectivos para este estudo.

- **Avaliar os estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento nos idosos pertencentes ao distrito de Castelo Branco.**

Os resultados obtidos neste estudo indicam que os idosos inquiridos apresentam uma média de imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento de 50,5 (DP=7,10) no factor Dependência, Tristeza e Antiquado, sendo um resultado superior relativamente ao estudo realizado por Sousa, Cerqueira e Galante (2008), realizado em idosos com idades compreendidas entre 73 e os 87 anos de idade, onde para o mesmo factor, se obteve uma média de 48,0 (DP=9,66).

Em relação ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, verifica-se novamente uma média superior nos resultados obtidos neste estudo, de 22,0 (DP=4,18), sendo a média obtida no estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008), de 19,9 (DP=6,0).

Contudo, pode verificar-se, no factor Maturidade, Actividade e Afectividade, que são os idosos participantes do estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008), que apresentam um valor médio superior de 21,06 (DP=3,9), em relação à média obtida nos resultados deste estudo, tendo-se obtido uma média de 19,7 (DP=3,34).

Estes resultados podem ser observados nas tabelas 16 e 17, e nas figuras 3 e 4.

Tabela 16. Médias obtidas para cada factor, no presente estudo (n=120).

Factor	N	Média	Desvio Padrão
Dependência, Tristeza e Antiquado		50,5	7,10
Incompetência Relacional e Cognitiva	120	22,0	4,18
Maturidade, Actividade e Afectividade		19,7	3,34

Tabela 17. Médias obtidas em cada factor, para idades compreendidas entre 73 e 87 anos de idade, no estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008).

Factor	N	Média	Desvio Padrão
Dependência, Tristeza e Antiquado	42	48,0	9,66
Incompetência Relacional e Cognitiva	41	19,9	6,0
Maturidade, Actividade e Afectividade	42	21,06	3,9

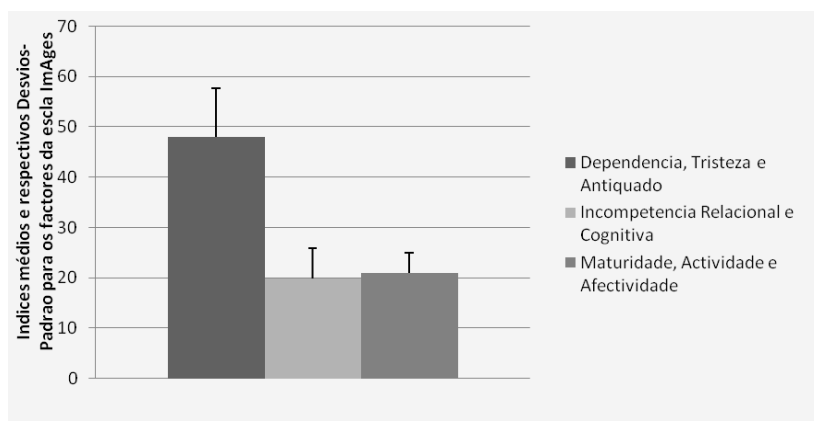


Figura 1. Comparação entre as médias e respectivos Desvios-padrão, obtidos para os factores da escala ImAges, no estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008).

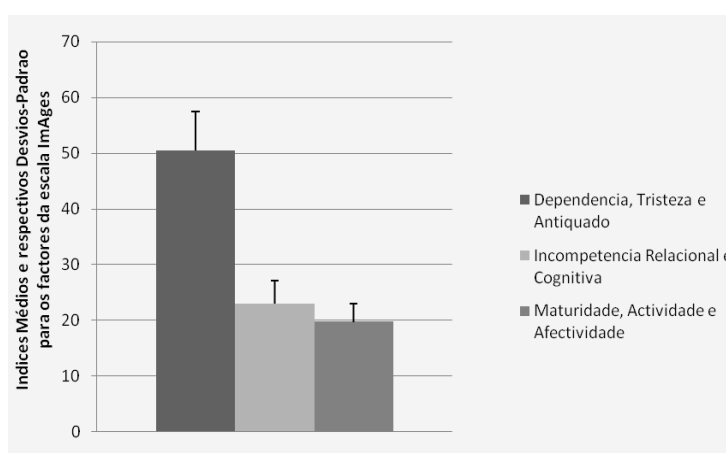


Figura 2. Comparação entre as médias e respectivos Desvios-padrão, obtidos para os factores da escala ImAges, no presente estudo.

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, comparativamente entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.**

Segundo os dados obtidos através da escala ImAges, os idosos institucionalizados apresentam índices mais elevados de estereótipos e imagens associadas ao idoso e envelhecimento, com uma média de 106,6 (DP=9,99) comparativamente aos idosos não institucionalizados (M=102,8; DP=12,4), contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(118) = -1,854$; $p = 0,06$).

Relativamente ao factor Dependência, Tristeza e Antiquado, os dados obtidos indicam que os idosos institucionalizados apresentam uma média de estereótipos e imagens associadas a tristeza, dependência e de solidão, de 51,9 (DP=6,02), e como tal, superior à média obtida no grupo de idosos não institucionalizados, com 49,1 (DP=7,85). Estes dados apontam que estas diferenças são estatisticamente significativas ($t(118) = -2,166; p < 0,05$). Estes dados podem ser observados na Figura 3.

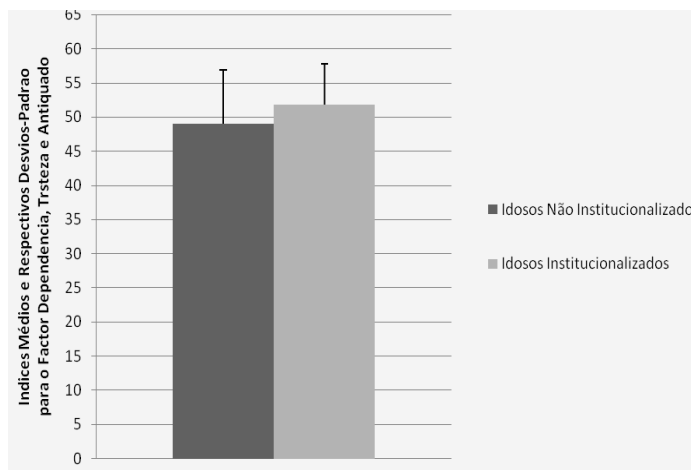


Figura 3. Comparação entre os índices médios de estereótipos e imagens nos sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, relativamente ao Factor Dependência, Tristeza e Antiquado.

Quanto ao factor, Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(118) = -1,874; p = 0,06$). Contudo, os idosos institucionalizados possuem uma média de estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento associados a este factor, de 23,7 (DP=4,10), superior à média obtida no grupo dos idosos não institucionalizados ($M=22,3; DP=4,17$). Estes resultados podem ser observados na figura 4.

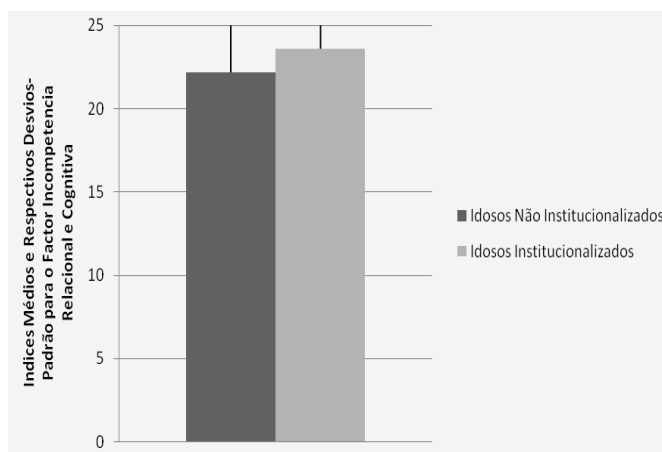


Figura 4. Comparação entre os índices médios de estereótipos e imagens nos sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, relativamente ao Factor Incompetência Relacional e Cognitiva.

Quanto ao factor, Maturidade, Actividade e Afectividade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(118) = 2,048$; $p < 0,05$), sendo no grupo de idosos não institucionalizados, que surge uma média superior de 20,3 (DP=3,28), relativamente à média de respostas no grupo de idosos institucionalizados (M=19,1; DP=3,31). Estes resultados podem ser observados na figura 5.

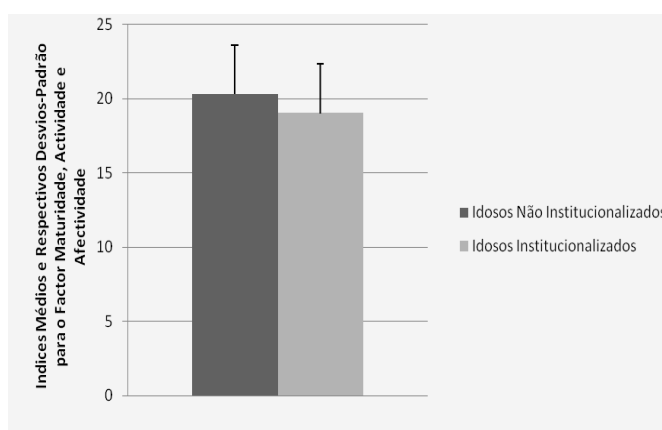


Figura 5. Comparação entre os índices médios de estereótipos e imagens nos sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, relativamente ao Factor Maturidade, Actividade e Afectividade.

Assim, face aos dados referidos, de modo geral, são os idosos institucionalizados que possuem mais estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, que os idosos não institucionalizados. Estes resultados podem ser observados na tabela 18.

Tabela 18. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos institucionalizados e não institucionalizados (n=120).

	Media	Desvio Padrão	Df	t
Escala ImAges Pontuação Total				
Idosos Não Institucionalizados	102,8	12,4	118	-1,854
Idosos Institucionalizados	106,6	9,99		
Dependência, Tristeza e Antiquado				
Idosos Não Institucionalizados	49,1	7,85	118	-2,166*
Idosos Institucionalizados	51,9	6,02		
Incompetência Relacional e Cognitiva				
Idosos Não Institucionalizados	22,3	4,17	118	-1,874
Idosos Institucionalizados	23,7	4,10		
Maturidade, Actividade e Afectividade				
Idosos Não Institucionalizados	20,3	3,28	118	2,048*
Idosos Institucionalizados	19,1	3,31		

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

- **Averiguar, se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e envelhecimento, entre as variáveis género, estado civil, escolaridade e zona de residência.**

Os resultados indicam que os idosos do sexo masculino apresentam mais estereótipos e imagens associadas ao idoso e envelhecimento (M= 105,3; DP= 11,8) comparativamente aos idosos do sexo feminino (M=104,3; DP=11,8), contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(118) = 0,470$; $p = 0,63$).

No que diz respeito ao factor Dependência, Tristeza e Antiquado, pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t(118) = -0,606$; $p = 0,54$). Contudo, o índice médio de estereótipos e imagens de Dependência, Tristeza e Antiquado, de 50,9 (DP= 5,83) presente no grupo de indivíduos do sexo masculino, é superior à média presente no grupo de indivíduos do sexo feminino com 50,1 (DP=7,84).

Relativamente ao factor, Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados apontam novamente para uma média superior no grupo de idosos do sexo masculino, com 23,0 (DP=3,80), relativamente ao sexo feminino, com uma média de 22,9 (DP=4,44). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(118) = -0,052$; $p = 0,95$).

Quanto ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(118) = -0,117$; $p = 0,90$).

Os resultados podem ser consultados na tabela 19.

Tabela 19. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos do sexo feminino e masculino (n=120).

	N	Média	Desvio Padrão	Df	t
Escala ImAges Pontuação Total					
Feminino	73	104,3	11,8	118	-0,470
Masculino	47	105,3	10,6		
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Feminino	73	50,1	7,84	118	-0,606
Masculino	47	50,0	5,83		
Incompetência relacional e cognitiva					
Feminino	73	22,9	4,44	118	-0,052
Masculino	47	23,0	3,80		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Feminino	73	19,7	3,55	118	-0,117
Masculino	47	19,7	3,03		

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

Relativamente à variável Estado Civil (composta pelos elementos solteiro, casado, a viver em união de facto, divorciado e viúvo), são apenas representados os dados relativos aos idosos casados ($n=41$) e viúvos ($n=72$).

Assim, são os idosos casados aqueles que possuem mais imagens e estereótipos associados a idoso e envelhecimento, com uma média de 105,3 (DP=10,2), comparativamente aos idosos viúvos, que apresentam uma média de 104,4 (DP=12,1). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(111) = 0,410$; $p = 0,683$).

Relativamente ao factor Dependência, Tristeza e Antiquado, o grupo de idosos viúvos apresenta um índice médio de 50,9 (DP=7,36), superior ao grupo de idosos casados, que apresenta uma média de imagens de 50,2 (DP=6,25). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(111) = -0,462$; $p = 0,645$).

No que diz respeito ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, são os idosos casados que apresentam uma média superior de 23,3 (DP=3,57), quando comparada com a média presente no grupo de idosos viúvos, com 22,7 (DP=4,54), não se verificando no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($t(111) = 0,729$; $p = 0,468$).

Por último, no factor Maturidade, Actividade e Afectividade, são os idosos casados que apresentam um índice médio de 20,4 (DP=3,18) superior ao índice obtido no grupo de idosos viúvos, que possuem uma média de 19,9 (DP=3,39). No entanto, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($t(111) = 1,941$; $p = 0,835$).

Os resultados referentes à variável Estado Civil podem ser observados na tabela 20.

Tabela 20. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Estado Civil (n=120).

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Df</i>	<i>t</i>
Escala ImAges Pontuação Total					
Casado	41	105,3	10,2	111	0,410
Viúvo	72	104,4	12,1		
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Casado	41	50,2	6,25	111	-
Viúvo	72	50,9	7,36		0,462
Incompetência relacional e cognitiva					
Casado	41	23,3	3,57	111	0,729
Viúvo	72	22,7	4,54		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Casado	41	20,4	3,18	111	1,941
Viúvo	72	19,9	3,39		

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

Quanto à variável Escolaridade, são os idosos que não sabem ler nem escrever que apresentam mais imagens e estereótipos de envelhecimento, com uma média de 111,3 (DP=8,99), relativamente aos idosos que sabem ler nem escrever (M=109,3; DP=11,3), ou àqueles que possuem o 1º Ciclo de escolaridade (M=105,3; DP=9,22). Estes dados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($F(4;115) = 11,315$; $p < 0,05$).

No factor Dependência, Tristeza e Antiquado, são os idosos que não sabem ler nem escrever, que apresentam uma média de 54,5 (DP=3,86), superior aos restantes graus de escolaridade, sendo o grupo onde este tipo de estereótipos e imagens mais se verifica. O grupo onde este tipo de imagens menos se verifica, é o grupo de os idosos que possuem o 2º ou 3º ciclo de ensino básico (M=41,71; DP=9,62). Assim, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($F(4;115) = 11,623$; $p < 0,05$).

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, verificam-se também diferenças estatisticamente significativas ($F(4;115) = 4,729$; $p < 0,05$), sendo que são os idosos que sabem ler e escrever, que apresentam mais estereótipos e imagens associadas a incompetência, com uma média de 24,6 (DP=4,50). O grupo de idosos que apresenta menos estereótipos e imagens relativos a este factor, são os idosos que possuem o 2º e 3º ciclo de escolaridade, com uma média de 19,4 (DP=5,52).

Relativamente ao factor Maturidade Actividade e Afectividade, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de escolaridade (F

(4;115) = 1,114; $p = 0,353$). No entanto, são os idosos do 2º e 3º ciclo de ensino básico, com um índice médio de 21,2 (DP=4,40), que mais associam o idoso a maturidade, actividade e a alguém como sendo afectuoso e carinhoso. Os idosos que menos estereótipos e imagens de maturidade atribuem ao idoso, são aqueles que possuem um curso de ensino superior, com uma média de 19,1 (DP=1,69).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 21.

Tabela 21. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Escolaridade (n=120).

	N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Escala ImAges Pontuação Total					
Não sabe ler nem escrever	24	111,3	8,99	4;115	11,315*
Sabe ler e escrever	11	109,3	11,3		
1ºCiclo	65	105,3	9,22		
2º e 3º Ciclo	14	91,6	13,1		
Ensino Superior	6	94,2	7,41		
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Não sabe ler nem escrever	24	54,5	3,86	4;115	11,623*
Sabe ler e escrever	11	52,5	5,45		
1ºCiclo	65	51,0	5,98		
2º e 3º Ciclo	14	41,7	9,63		
Ensino Superior	6	44,8	5,34		
Incompetência relacional e cognitiva					
Não sabe ler nem escrever	24	23,9	3,43	4;115	4,729*
Sabe ler e escrever	11	24,6	4,50		
1ºCiclo	65	23,4	3,71		
2º e 3º Ciclos	14	19,4	5,52		
Ensino Superior	6	20,2	2,71		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Não sabe ler nem escrever	24	19,9	3,68	4;115	1,114
Sabe ler e escrever	11	20,1	2,87		
1ºCiclo	65	19,3	3,12		
2º e 3º Ciclos	14	21,2	4,40		
Ensino Superior	6	19,2	1,69		

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

Na variável zona de residência, são os idosos do meio rural que apresentam mais estereótipos e imagens de envelhecimento, com uma média de 108,8 (DP=9,24), relativamente aos idosos que residem no meio urbano (M=101,9; DP=11,9), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($t(118) = 3,333$; $p < 0,05$).

No que diz respeito ao factor Dependência, Tristeza e Antiquado, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($t(118) = 3,385$; $p < 0,05$), sendo que é no grupo de

idosos do meio rural, que surge uma média de 53,0 (DP=5,44), superior à média presente nos idosos que residem no meio urbano, com 48,7 (7DP=,60).

Em relação ao factor Incompetência relacional e cognitiva, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(118) = 1,665$; $p=0,09$). No entanto, os indivíduos que residem no meio rural apresentam uma média de 23,7 (DP=3,56), superior à média apresentada pelos idosos que residem no meio urbano 22,4 (DP=4,51).

Por fim, no factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os idosos que residem no meio rural apresentam uma média de 19,8 (DP=3,22), superior à média presente no grupo de idosos do meio urbano ($M=19,6$; $DP=3,44$), não se verificando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas ($t(118) = 0,205$; $p = 0,83$).

Estes resultados podem ser observados na tabela 22.

Tabela 22. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Zona de Residência (n=120).

Factores	N	Media	Desvio Padrão	Df	t
Escala ImAges Pontuação Total					
Meio Rural	49	108,7	9,24	118	3,334*
Meio Urbano	71	101,9	11,9		
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Meio Rural	49	53,0	5,44	118	3,385*
Meio Urbano	71	48,7	7,60		
Incompetência Relacional e Cognitiva					
Meio Rural	49	23,7	3,57	118	1,665
Meio Urbano	71	22,4	4,51		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Meio Rural	49	19,8	3,22	118	0,205
Meio Urbano	71	19,6	3,44		

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

- **Analisar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, e a variável Avaliação de Saúde entre os idosos participantes do estudo.**

No que diz respeito à variável Avaliação de Saúde, os resultados apontam para que sejam os idosos que fazem uma avaliação da sua saúde como “má” que apresentam mais estereótipos e imagens associadas ao idoso e ao envelhecimento, com uma média de 108,6 (DP=9,72), seguidos pelos idosos que avaliam a sua saúde como “muito má” ($M=108,6$; $DP=9,72$). São os idosos que avaliam a sua saúde como “boa”, que apresentam menos estereótipos

e imagens de envelhecimento ($M=97,1$; $DP=12,7$). Estes dados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($F(3;116) = 5,093$; $p < 0,05$).

No factor Dependência, Tristeza e Antiquado, os idosos que avaliam a sua saúde como “Muito Má” apresentam mais estereótipos e imagens do idoso como sendo dependente, triste e antiquado, com uma média de 53,4 ($DP=3,26$). De seguida, encontram-se os idosos que avaliam a sua saúde como “má” ($M=52,8$; $DP=5,03$), como sendo “mais ou menos” ($M=50,2$; $DP=5,02$). Por fim, são os idosos que avaliam a sua saúde como “boa”, que apresentam menores índices de estereótipos e imagens associadas a dependência e tristeza ($M=44,2$; $DP=9,13$). Com bases nestes dados, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3;116) = 9,602$; $p < 0,05$).

Em relação ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(3;116) = 2,250$; $p = 0,08$). No entanto, os participantes que apresentam mais estereótipos e imagens associados a incompetência, são aqueles que avaliam a sua saúde como “má” ($M=24,3$; $DP=4,16$). Por outro lado, são o grupo de idosos que apresenta menos imagens e estereótipos associados a este factor, são aqueles que avaliam a sua saúde como “boa” ($M= 21,5$; $DP=4,29$).

Quanto ao factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os idosos que avaliam a sua saúde como “boa, apresentam uma média de 21,1 ($DP= 3,43$), superior aos idosos que avaliam a sua saúde como “mais ou menos” ($M=20,4$; $DP=2,86$) e como “má” ($M=18,94$; $DP=3,48$). Por último, aqueles que apresentam menos estereótipos e imagens, são os idosos que avaliam a sua saúde como “muito má” ($M=18,1$; $DP=3,22$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($F(3;116) = 4,585$; $p < 0,05$).

Os resultados apresentados podem ser observados na tabela 23.

Tabela 23. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Avaliação de Saúde pelo Idoso (n=120).

	N	Média	Desvio Padrão	Df (B;W)	F
Escala ImAges Pontuação Total					
Muito má	23	107,0	6,57	3;116	5,093*
Má	31	108,6	9,72		
Mais ou Menos	45	104,3	12,3		
Boa	21	97,1	12,7		
Muito Boa	-	-			
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Muito má	23	53,4	3,26	3;116	9,603*
Má	31	52,8	5,03		
Mais ou Menos	45	50,2	6,99		
Boa	21	44,2	9,13		
Muito Boa	-	-	-		

Incompetência relacional e cognitiva					
Muito má	23	23,3	3,11	3;116	2,250
Má	31	24,35	4,16		
Mais ou Menos	45	22,5	4,44		
Boa	21	21,5	4,29		
Muito Boa	-	-	-		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Muito má	23	18,1	3,22	3;116	4,585*
Má	31	18,94	3,48		
Mais ou Menos	45	20,4	2,86		
Boa	21	21,10	3,43		
Muito Boa	-	-	-		

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

- **Analisar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, e a variável Avaliação do Processo de Envelhecimento, entre os idosos participantes do estudo.**

Na variável Avaliação do processo de Envelhecimento, os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como “mau”, apresentam mais estereótipos e imagens de envelhecimento, com uma média de 109,9 (DP=8,52), seguidos dos idosos que fazem uma avaliação do seu envelhecimento como sendo “nem bom nem mau” (M=107,8; DP=10,1), “muito mau” (M=102,0; DP=4,83), e “bom” (M=100,1; DP=11,0). Estes resultados apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas ($F(4;115) = 7,213; p < 0,05$).

Quanto ao factor Dependência, Tristeza e Antiquado, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4;115) = 13,687; p < 0,05$), em que os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como “mau” são aqueles, que possuem mais imagens e estereótipos associados a este factor, com uma média de 54,3 (DP=3,74). O grupo de idosos que apresenta menos estereótipos e imagens associados a este factor, são os aqueles que avaliam o seu processo de envelhecimento como sendo “muito bom” (M=29,5; DP=13,4).

Relativamente ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, os idosos que fazem uma avaliação do seu processo de envelhecimento como “nem bom ou mau”, apresentam mais imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento associados a incompetência (M=24,2; DP=3,87). Logo de seguida, encontram-se os participantes que fazem uma avaliação do seu processo de envelhecimento como “mau” (M= 23,7; DP=3,48), “muito mau” (M=22,7; DP=3,30), seguidos dos idosos que fazem uma avaliação do seu processo de envelhecimento

como “bom” (M=21,6; DP=4,24) e “muito bom” (M=17,0; DP=8,84). As diferenças encontradas, são estatisticamente significativas ($F(4;115) = 3,760$; $p < 0,05$).

No factor Maturidade, Actividade e Afectividade, também se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(4;115) = 5,222$; $p < 0,05$), sendo que são os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como “muito bom”, que apresentam mais estereótipos e imagens associados a este factor, com uma média de 26,0 (DP=0,00). Aqui, é o grupo de idosos que avalia o seu processo de envelhecimento como “muito mau” (M=15,75; DP=3,40), que apresenta menos concepções associadas a maturidade, afectividade e actividade.

Estes resultados podem ser observados na tabela 24.

Tabela 24. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Avaliação do processo de Envelhecimento (n=120).

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Df (B;W)</i>	<i>F</i>
Escala ImAgEs Pontuação Total					
Muito Má	4	102,0	4,83	4;115	7,213*
Má	20	109,9	8,52		
Nem Boa nem Má	50	107,8	10,1		
Boa	44	100,1	11,0		
Muito Boa	2	81,0	25,4		
Dependência, Tristeza e Antiquado					
Muito Má	4	51,2	2,63	4;115	13,687*
Má	20	54,3	3,74		
Nem Boa nem Má	50	52,7	6,37		
Boa	44	47,0	7,13		
Muito Boa	2	29,5	13,4		
Incompetência relacional e cognitiva					
Muito Má	4	22,7	3,30	4;115	3,760*
Má	20	23,7	3,47		
Nem Boa nem Má	50	24,2	3,87		
Boa	44	21,6	4,245		
Muito Boa	2	17,0	8,84		
Maturidade, Actividade e Afectividade					
Muito Má	4	15,75	3,40	4;115	5,222*
Má	20	19,25	3,89		
Nem Boa nem Má	50	19,10	2,80		
Boa	44	20,7	3,11		
Muito Boa	2	26,0	0,00		

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

- **Determinar a relação existente entre os estereótipos e imagens de idoso, e o contacto com jovens e crianças, em idosos do Concelho de Castelo Branco.**

A análise efectuada com o coeficiente de correlação de Pearson, entre a frequência de contacto com jovens e crianças, com a escala ImAges, indica uma correlação negativa e estatisticamente significativa, classificada como moderada ($r = -0,359$; $p < 0,01$). Assim, existe uma tendência para que os idosos com índices mais elevados de estereótipos e imagens possuam menor contacto com jovens e crianças. Ao mesmo tempo, os idosos com maior grau de contacto com jovens e crianças, possuem menos estereótipos e imagens associadas aos idosos e ao envelhecimento.

Para o factor Dependência, Tristeza e Antiquado, o coeficiente de correlação de Pearson indica uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa ($r = -0,452$; $p < 0,01$). Isto sugere que quanto maior o contacto com jovens e crianças, diminuem os estereótipos e imagens de envelhecimento que surgem associados a dependência, tristeza, e imagem de idoso como sendo antiquado. Por outro lado, estes resultados apontam também que são os idosos com mais estereótipos e imagens associados a este factor, que apresentam menor contacto com jovens e crianças.

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, o coeficiente de Pearson, indica uma correlação negativa e estatisticamente significativa, contudo fraca entre o grau de contacto com jovens e crianças e os estereótipos e imagens que pertencem a este factor ($r = -0,241$; $p < 0,01$). Neste sentido, quanto maior o contacto com jovens e crianças, menor o índice de estereótipos e imagens correspondentes a este factor, e quanto maiores forem os níveis de estereótipos e imagens relativas a esta dimensão, menor o grau de contacto entre jovens e crianças.

Por fim, na análise do factor Maturidade, Actividade e Afectividade, os dados indicam uma correlação positiva fraca e estatisticamente significativa entre as variáveis ($r = 0,250$; $p < 0,01$). Isto significa, que são os idosos que apresentam mais contacto com jovens e crianças, aqueles que mostraram mais imagens de idoso e de envelhecimento, associadas a maturidade, actividade e afectividade.

Os resultados podem ser observados na tabela 25.

Tabela 25. Coeficiente de Correlação de Pearson entre a escala ImAges e respectivos factores e a variável Grau de Contacto com Jovens e Crianças (n=120).

	Grau de Contacto com Jovens e Crianças
Escala ImAges (Pontuação total)	-0,359**
Dependência, Tristeza e Antiquado	-0,452**
Incompetência Relacional e Cognitiva	-0,241**
Maturidade, Actividade e Afectividade	0,250**

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

1. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Partindo para uma análise dos resultados obtidos, e comparando os resultados obtidos, com o estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008), no presente estudo obtiveram-se resultados superiores em imagens e estereótipos relativos a noções de tristeza, dependência, imagem de velhice como uma fase difícil, que está associada a doenças, e em que o idoso é caracterizado como estando sempre a recordar o passado, é pobre e incapaz de cuidar do seu aspecto físico. É no entanto, nos estereótipos e imagens positivas, que o estudo de Sousa, Cerqueira e Galante (2008), possui resultados mais elevados, surgindo mais imagens positivas de envelhecimento.

Assim, neste estudo, verifica-se que as imagens e estereótipos negativos tendem a preponderar acima das imagens e estereótipos positivos de idoso e de envelhecimento, surgindo principalmente imagens de dependência, tristeza, incapacidade física, inutilidade e incompetência. Este dado confirma a hipótese específica estabelecida, de que os estereótipos e imagens que os idosos possuem sobre o idoso e sobre o envelhecimento são maioritariamente negativos.

No entanto, os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto de a amostra utilizada neste estudo ter sido composta por idosos institucionalizados e não institucionalizados, tornando as imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento mais complexas, e também porque o estudo realizado por Sousa, Cerqueira & Galante (2008), foi realizado com várias faixas etárias, o que pode também ter influenciado estes resultados.

Os dados obtidos neste estudo, corroboram aquilo que é referido na literatura, em que os idosos tendem a apresentar imagens de envelhecimento predominantemente negativas,

existindo tendência para perceber o envelhecimento em termos de declínio (Villar 1995, in Ribeiro, 2007; Sousa, Cerqueira e Galante, 2008).

Os dados obtidos ao nível das imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento associados a dependência e tristeza, tende a ser mais elevado que o índice de imagens de incompetência e limitações a nível cognitivo, parecendo não estar de acordo com o que é mencionado por VonHippel, Silver & Lynch (2000, in Ribeiro, 2007), que refere serem os idosos que possuem mais estereótipos de idoso e envelhecimento associados a défices cognitivos.

Os resultados obtidos no factor Dependência, Tristeza e Antiquado, corroboram os resultados de outros estudos que associam o idoso a dependência e incapacidades físicas, como estando mais susceptíveis a doenças e necessitando da ajuda dos outros (Silva, Fossati & Portela, 2007; Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005; Medrado, 1994, in Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Silva, 2006; Coelho, 2008; Marques, Lima & Novo, 2006). Estes resultados vão ainda de encontro a concepções associadas a tristeza (Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005; Kuznier, 2007; Sijuwade, 2009; Massaia, 2005, Silva, 2006; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008) e em que o idoso é visto como alguém a quem falta amor e carinho (Coelho, 2008).

Quanto ao factor Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados elevados corroboram alguns estudos em que idosos surgem associados a noções como solidão e isolamento (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Coelho, 2008; Silva, 2006), diminuição das actividades e dos contactos sociais (Kuznier, 2007; Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005; Massaia, 2005), e noção de inutilidade, e noção do idoso como alguém que já não tem objectivos na vida, e como tal já deu o seu contributo ao mundo (Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Por sua vez, os resultados apontam ainda para uma reduzida associação do idoso a imagens positivas, corroborando outros estudos, em que o envelhecimento surge associado ao fim da vida (Coelho, 2008), a algo que é um incómodo e como tal, uma fase má (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999), em que durante a velhice se perde o gosto pela vida, sendo uma fase marcada ausência da vontade de viver (Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005). No entanto, existem estudos não vão de encontro aos resultados obtidos, em que a velhice é vista como uma fase da vida feliz, fase de aquisição de conhecimentos, em que o idoso tem vontade de viver (Duarte, Santana, Soares, Dias & Thorfen, 2005) e caracterizada

pela maturidade e liberdade (Murillo, Correa & Aguirre, 2006; Frumi & Celich, 2006; Silva, 2006).

Estes resultados podem no entanto ter sido influenciados pelo facto de muitos idosos tenderem a identificar-se com as concepções de idoso e de envelhecimento que a sociedade estabelece. Este dado vai de encontro à noção do auto-estereotipo, utilizada muitas vezes para explicar os estereótipos negativos perante a velhice (Levy, 1996). Com base nisto, o idoso tende a auto-categorizar-se de acordo com uma identificação social, interiorizando estereótipos atribuídos e partilhados pelo grupo (Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

De facto, algumas concepções que predominam na sociedade, transmitem uma imagem de que o idoso está mais susceptível a doenças, é visto como incapaz na realização das tarefas (Mazutti e Scortegagna, 2006; Lopes e Park, 2007; Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003; Marques, Lima e Novo, 2006), em que a velhice é associada ao sentimento de tristeza (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999), dependência (Parales & Ruiz, 2002) e em que o idoso é visto como improdutivo e incapaz (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000).

São, de facto inúmeros os estereótipos e imagens socialmente atribuídos ao idoso, no entanto, o que se verifica em alguns estudos, é que o idoso tende a expressar mais estereótipos e concepções negativas relativamente ao seu grupo, que aqueles atribuídos por jovens ou adultos (Levy, 2003; Rupp, Vodanovich & Credé, 2005).

Relativamente ao objectivo geral estabelecido para este estudo, os resultados obtidos indicam que os idosos institucionalizados, comparativamente aos idosos não institucionalizados, tendem a apresentar mais estereótipos e imagens de envelhecimento, contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Isto parece não ir de encontro a um estudo realizado por Walker (2003), em que se verificou que idosos a viver na comunidade, não possuíam tantos estereótipos como os idosos institucionalizados, indicando ainda uma maior satisfação com a vida, que os idosos institucionalizados.

No entanto, face aos resultados obtidos, é importante realizar uma análise mais detalhada para cada factor da escala utilizada, onde se verificam resultados importantes que devem ser mencionados.

Assim, com diferenças estatisticamente significativas, os idosos institucionalizados, parecem apresentar mais imagens e estereótipos negativos associados a tristeza, dependência,

doenças, diminuição das capacidades físicas e de pobreza, comparativamente aos idosos não institucionalizados. Já na dimensão da incompetência relacional e cognitiva, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no entanto, existe alguma tendência para que os idosos institucionalizados apresentem mais imagens e estereótipos de idoso como alguém que não cuida do seu aspecto físico, tem menos responsabilidades, sente menos as emoções, não reconhece que precisa de ajuda, é aborrecido, rabugento e teimoso. Os dados obtidos, corroboram outros estudos, em que os idosos institucionalizados associam o idoso a doenças, a limitações físicas, a dependência, solidão, infelicidade, à diminuição de contactos sociais, e à espera da morte (Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005; Araújo, Coutinho & Santos, 2006; Massaia, 2005).

Relativamente às imagens positivas verificam-se diferenças estatisticamente significativas, sendo que são os idosos institucionalizados, que associam a velhice a uma fase boa da vida, em que o idoso se sente bonito, tem vontade de viver, tem uma vida normal e esforça-se para continuar bem. Esta conotação positiva dada ao envelhecimento, vai de encontro a outros estudos, em que os idosos não institucionalizados apresentam o envelhecimento como sinónimo de liberdade, actividade e independência (Araújo, Coutinho & Santos, 2006), a vontade de trabalhar e de viver, velhice como uma fase de aquisição de conhecimentos e experiências pessoais (Duarte, Santana, Soares, Dias e Thorfen, 2005).

Assim, face a esta análise, verifica-se que os idosos institucionalizados possuem mais imagens negativas associadas ao idoso e ao envelhecimento, do que os idosos não institucionalizados, apoiando a hipótese estabelecida: idosos institucionalizados possuem mais imagens e estereótipos negativos sobre o envelhecimento que os idosos não institucionalizados.

O facto de os idosos institucionalizados apresentarem mais estereótipos e imagens negativas, pode estar relacionado com a própria institucionalização do idoso. Isto, porque segundo a literatura, a institucionalização é associada a despersonalização, a deterioração física, psicológica e social, onde a instituição é caracterizada por um ambiente impessoal que muitas vezes não favorece a interacção entre os idosos, limitando a participação da vida em sociedade (Vaz, 2009), caracterizando-se por vezes pelo próprio afastamento da família e do convívio social (Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005).

De facto, as funções físicas e mentais do idoso podem sofrer algumas consequências com a institucionalização, aumentando a dependência e diminuindo o grau de satisfação com

a vida (Almeida, 2008). Também Solon, Amthor, Rabb e Shelley (1977), defendem que as perdas que acompanham o idoso na idade avançada, são agravadas num ambiente institucional, pois este induz a dependência e inactividade. Pode ainda referir-se, segundo Matos (2004), que o próprio espaço físico e as práticas que são levadas a cabo no tratamento dos idosos institucionalizados podem passar uma imagem do idoso como incapacitado, débil e dependente.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados indicam que os idosos do sexo masculino apresentam mais imagens e estereótipos negativos associados ao envelhecimento, que os idosos do sexo feminino, contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, estes apresentam mais imagens associadas a dependência, tristeza, doenças, diminuição das capacidades físicas e incapacidade, corroborando estudos, em que os idosos do sexo masculino possuem mais concepções associadas a inactividade e isolamento (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Murillo, Correa & Aguirre, 2006). Outros estudos apontam os idosos do sexo feminino com mais concepções positivas, associando a velhice a liberdade, independência (Araújo, Coutinho & Santos, 2006).

Quanto ao estado civil, não se verificam diferenças significativas entre os idosos casados e viúvos, no entanto, são os idosos casados, aqueles que apresentam mais estereótipos e imagens de idoso e ao envelhecimento associados maturidade, actividade e afectividade, em que o idoso sente vontade de viver, a velhice é uma fase boa, e o idoso é uma pessoa activa esforça-se por assim continuar.

Já os idosos viúvos, apresentam mais imagens e estereótipos relacionados com a tristeza, dependência e incapacidades físicas, em que a velhice é uma fase da vida difícil, e o idoso já deu o seu contributo ao mundo. Num estudo efectuado por Massaia (2005), as idosas apresentam uma concepção de velhice associada a solidão, como consequência da viuvez. De facto, a viuvez pode estar relacionada com níveis de depressão no idoso, interferindo na diminuição dos contactos sociais, e dos cuidados de saúde, aumentando o risco de institucionalização (Wilcox, Aragaki, Mouton, Evenson, Wassertheil-Smoller & Loevinger, 2003). Neste sentido, podemos referir que o facto do idoso viúvo poder possuir mais sentimentos de solidão e de tristeza, isto pode levar a uma construção de imagens e estereótipos de idoso e de envelhecimento, predominantemente negativos.

Relativamente à variável escolaridade, denota-se, com diferenças estatisticamente significativas, que quanto menor o nível de escolaridade, mais estereótipos e imagens o idoso tende a atribuir ao envelhecimento. Assim, existe uma tendência para que idosos com pouco ou nenhum grau de escolaridade apresentem mais imagens e estereótipos associados a tristeza, dependência, doenças, incapacidade física, dificuldades ao nível cognitivo, imagem de que o idoso já deu o seu contributo ao mundo, ou de que este é “aborrecido” e “teimoso”. Por outro lado, os idosos com maiores níveis de escolaridade tendem a apresentar mais imagens de velhice como sendo uma fase boa da vida, em que o idoso tem vontade de viver e que se esforça para continuar activo. Estes resultados corroboram um estudo realizado por Gásquez et al (2009), em que se verificou que os idosos sem “*educação gerontológica*”, isto é sem uma aprendizagem prévia sobre o envelhecimento, expressavam maior concordância com os estereótipos. Isto parece indicar que a educação, no caso dos idosos, tende a influenciar a modificação e construção de atitudes, crenças e estereótipos etários, e que a educação recebida pode também alterar as concepções do idoso acerca de si próprio.

Segundo Okimura (2005), a escolaridade pode ainda significar maior funcionalidade, flexibilidade e adaptação ao envelhecimento. O aumento das oportunidades de educação permite por outro lado um aumento do contacto social e a troca de conhecimentos. Possibilita ainda um aumento da auto-confiança e independência e maior capacidade para lidar com os problemas, fortalecendo o bem-estar físico e mental.

Relativamente à zona de residência, denota-se, com diferenças estatisticamente significativas, que os idosos que residem no meio rural apresentam mais imagens e estereótipos de idoso e de envelhecimento, não corroborando um estudo realizado por Walker (2003), em que não se verificaram diferenças significativas entre os estereótipos de envelhecimento de idosos que residem no meio rural e urbano, indicando que a localização geográfica não tinha um impacto significativo nos estereótipos de velhice e envelhecimento.

No que diz respeito à percepção de saúde pelo idoso, denota-se, com diferenças significativas, que são os idosos que avaliam a sua saúde como “má” e “muito má”, parecem apresentar mais imagens e estereótipos de idoso e de envelhecimento, apoiando a hipótese estabelecida neste estudo de que, idosos que percebem a sua saúde como “muito má” ou “má” possuem mais estereótipos e imagens negativas sobre o envelhecimento, do que os idosos que têm uma percepção de saúde “muito boa” ou “boa”.

Mais especificamente, os idosos avaliam a sua saúde como “má” e “muito má”, possuem mais imagens estereótipos associados a doença, tristeza, dependência, incapacidade e inutilidade ao nível relacional e cognitivo. Por outro lado, são os idosos que fazem uma avaliação da sua saúde como boa ou mais ou menos que apresentam concepções de envelhecimento mais positivas. Estes dados corroboram aquilo que é referido na literatura, em que a auto-percepção de saúde parece ser fundamental para a percepção de bem-estar, e para a visão do envelhecimento como uma fase da vida positiva (Alves, 2004). Pode ainda ser mencionado um estudo, em que apesar de fazer referência ao ser saudável e não ser saudável, refere que a atitude perante o envelhecimento é muito diferente entre idosos saudáveis e não, influenciando as percepções perante o mesmo (Čeremnych, Alekna & Valeikienė, 2007). Assim, a forma como os indivíduos vêem o envelhecimento ou lhe atribuem estereótipos, depende muito da percepção de saúde, bem como dos valores da sociedade em que o idoso está inserido (Čeremnych, Alekna & Valeikienė, 2007).

Neste sentido, os resultados neste estudo reforçam a ideia de que a saúde é um elemento fundamental para permitir a autonomia do idoso, permitindo uma boa satisfação de vida e possibilidade de contribuição na sociedade. Se por outro lado, a saúde do idoso é vista como má, isso pode significar maior vulnerabilidade e dependência na velhice (Alves, 2004).

Estes resultados podem ainda estar relacionados com o que é referido por Murillo, Correa e Aguirre (2006), que referem que a saúde quando expressa em termos de alegria, felicidade e bem-estar, facilita as interações, fortalece a autonomia e a auto-imagem do idoso. Assim, a percepção de saúde influencia a construção de uma auto-imagem positiva ou negativa, influenciando a formação de um auto-conceito positivo ou negativo, que é reforçado na interação social. Estas interações vão, por sua vez, influenciar a forma como o idoso responde e percebe o envelhecimento.

Relativamente à avaliação do processo de envelhecimento, verifica-se, com diferenças estatisticamente significativas, que são os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como mau, que tendem a associar mais imagens e estereótipos ao idoso e ao envelhecimento, sendo a grande maioria de carácter negativo, nomeadamente imagens de tristeza, doença, dependência, idoso como já tendo dado o seu contributo ao mundo, incapacitado ao nível físico e mental e como “aborrecido ou teimoso”. Por outro lado, são os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como muito bom, ou bom, aqueles que atribuem mais estereótipos e imagens positivas ao idoso e ao envelhecimento, associadas a

maturidade, actividade e afectividade. Face aos dados obtidos, é possível apoiar a hipótese estabelecida: Idosos que percebem o seu envelhecimento como “muito mau” ou “mau”, possuem mais estereótipos e imagens negativas sobre o envelhecimento que os idosos que avaliam o seu processo de envelhecimento como “muito bom” ou “bom”. Estes resultados estão de acordo com um estudo realizado por Araújo, Coutinho e Saldanha (2005), em que se verificou uma visão negativa do envelhecimento, ao mesmo tempo que os participantes apresentavam uma auto-imagem negativa do processo de envelhecimento, encarando-se o envelhecimento como estando associado a doenças, e a isolamento social e afectivo.

Os resultados, corroboram ainda os trabalhos efectuados por Mead (1934), e a noção de auto-estereotipo, que defende que a forma positiva ou negativa como o idoso percebe o seu envelhecimento, é um modo de internalização das atitudes positivas e negativas atribuídas pelos outros (Macia, Lahmam, Baali, Boëtsch & Lucciani, 2009; McGuire, Klein & Chen, 2008; Catita 2008). Este facto salienta novamente a importância que a sociedade tem na construção de imagens sociais de envelhecimento, condicionando, por sua vez a auto-percepção do idoso (Sijuwade, 2009).

Pode-se ainda complementar os resultados obtidos, com os trabalhos efectuados por Murillo, Correa e Aguirre, (2006), em que a idade não surge como um obstáculo para que os idosos se sintam bem, sendo a velhice encarada como uma fase de experiências acumuladas, maturidade, liberdade, de crescimento pessoal, autonomia, sabedoria e bem-estar.

No que diz respeito ao contacto com jovens e crianças, obtiveram-se correlações significativas, sendo que quanto maior o contacto com jovens e crianças, menores são os índices de imagens e estereótipos associados à população idosa. Assim, aceita-se a hipótese específica formulada neste estudo: quanto maior o contacto entre jovens e crianças, mais positivas são as imagens de idoso e envelhecimento.

Assim, os idosos que possuem mais imagens e estereótipos de tristeza, doença, dependência, incapacidades e incompetência, são aqueles que apresentam menor contacto com jovens e crianças. Por outro lado, são os idosos que possuem mais imagens e estereótipos positivos associados a maturidade, actividade e afectividade, aqueles que apresentam maior contacto com jovens e crianças.

Desta forma, o contacto com gerações mais novas, influencia de forma positiva as concepções que o idoso possui sobre o envelhecimento, mas também permite que o idoso internalize um sentimento de competência e de utilidade, de passagem de conhecimentos e de

experiências. Por outro lado, na ausência deste tipo de contacto, o idoso é mais susceptível, de facto, a possuir percepções mais negativas de envelhecimento, e de internalização de sentimentos de inutilidade ou de inadequação.

Os resultados obtidos corroboram a literatura revista, em que a interacção de jovens e idosos permite a promoção da diminuição das atitudes estereotípicas perante o idoso e o envelhecimento, diminuindo, de certa forma, a própria internalização por parte do idoso, dessas mesmas atitudes e estereótipos (Kocarnik & Ponzetti, 1986). Os resultados obtidos, podem ser complementados por um estudo realizado por Saavedras, Ramirez e Coentras (1997), que mostrou como a interacção com as crianças, e os programas intergeracionais podem ser benéficos para o idoso, possibilitando uma diminuição de estados depressivos, e como tal, um aumento de benefícios ao nível afectivo e cognitivo (Brandão, Smith, Sperb & Parente, 2006).

Um outro estudo realizado por Abrams, Crisp, Marques, Fagg, Bedford e Provias (2008), refere que o contacto intergeracional promove a diminuição dos estereótipos, nomeadamente no grupo dos idosos, reduzindo ao mesmo tempo o impacto dos estereótipos nas competências do idoso.

PARTE III. CONCLUSÕES

A realização deste estudo, colocou em evidência, que de modo geral, os idosos do distrito de Castelo Branco, tendem a perceber o idoso principalmente de forma negativa, atribuindo-lhe imagens e estereótipos de tristeza, dependência, incompetência, doença, inutilidade, e onde a velhice é vista como uma fase difícil da vida. No entanto podem verificar-se imagens positivas que estão associadas a bem-estar, maturidade, vontade de viver, e afectividade e actividade, embora não sejam tão comuns entre a amostra.

O facto de surgirem na amostra, tanto imagens negativas como positivas, corrobora alguns estudos em que os resultados também apresentam uma grande variabilidade em termos de percepções sobre o idoso e o envelhecimento, reflectindo a grande complexidade que é o fenómeno de envelhecimento. Isto é também verificado na literatura, que indica que quando comparados com outras faixas etárias, este é o grupo que apresenta representações mais complexas em termos de estereótipos de envelhecimento (Schneider, 2004). Neste estudo, ficou também perceptível de que o envelhecimento é um processo subjectivo, que varia de pessoa para pessoa, e que pode variar consoante variáveis, como o género, escolaridade, estado civil, contacto social, entre outros.

Comparando ainda com os dados recolhidos na literatura revista, este estudo parece indicar que de facto, a sociedade tende a transmitir para o idoso, determinados estereótipos sobre o envelhecimento, que tendem a condicionar a forma como o idoso percebe o envelhecimento, em que este atribui para si, as mesmas características negativas que a sociedade estabelece para o idoso. Neste sentido, na própria aplicação dos questionários se verificou a tendência que existe para a auto-categorização, pois muitos foram os idosos que pensavam que deviam responder o questionário com base na sua auto-imagem pessoal.

Quanto ao objectivo geral estabelecido para este trabalho, que era conhecer as imagens e estereótipos entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificou-se, que são os idosos institucionalizados que apresentam mais imagens e estereótipos negativos associados ao envelhecimento, surgindo principalmente imagens de tristeza, incapacidades ao nível físico e mental, incompetência, dependência, doença e inutilidade, e onde a velhice se caracteriza pela ausência de vontade de viver.

Estes resultados podem estar relacionados com o facto de muitos idosos irem para a institucionalização contrariados, devido à existência de doenças, incapacidades, ou falta de

tempo dos familiares poderem cuidar do idoso, sendo muitas vezes a única alternativa para poder dar ao idoso os cuidados de que necessita. De facto, a institucionalização pode também trazer ao idoso consequências como o isolamento social e afastamento da família, podendo gerar sentimentos de tristeza, inadequação ou de solidão, e insatisfação com a vida. Assim, parece importante referir, que o ambiente institucional deve ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se activa.

Algumas implicações práticas podem ser encontradas neste estudo, nomeadamente o facto de se ter verificado que a escolaridade, pode de algum modo potenciar a construção de percepções e imagens de envelhecimento mais positivas, visto que de modo geral, os idosos com maiores níveis de escolaridade parecem apresentar mais imagens e estereótipos positivos de idoso e de envelhecimento.

Uma outra implicação verificada, é relativo ao contacto com jovens e crianças, em que quanto mais este se verifica, mais imagens e estereótipos positivos de idoso e de envelhecimento tendem a surgir. Assim, estes resultados parecem sugerir, que o contacto social com gerações mais novas promove, para além da socialização, um aumento do bem-estar do idoso e um aumento de concepções mais positivas sobre o envelhecimento. Este contacto possibilita ainda uma modificação dos padrões e dos conhecimentos que tendem a manifestar-se desde cedo na população mais jovem, permitindo uma diminuição dos estereótipos vigentes na sociedade.

Com base nisto, os programas intergeracionais, parecem ser uma forma de aumentar as percepções positivas sobre o envelhecimento, não só nas gerações mais novas, como também no próprio idoso. Este contacto, permite ainda melhorar não só a qualidade de vida do idoso, mas também permite aumentar o entusiasmo e afecto do mesmo (Brandão, Smith, Sperb & Parente, 2006).

Pode ainda ser apontada como potencialidade deste estudo o facto de ter sido trabalhado um tema pouco abordado ao nível da investigação nacional, pois os estudos dos quais se teve conhecimento, foram sobretudo realizados com outras populações que não a idosa.

No entanto, apesar das implicações práticas mencionadas, este é um estudo com algumas limitações, nomeadamente pelo facto de a amostra inquirida não ser representativa da população portuguesa, e como tal os seus dados não devem ser generalizados a toda a população. Referir também, que algumas das medidas utilizadas podem ter, de alguma forma,

alguma fragilidade em termos dos construtos que pretendem avaliar, nomeadamente a variável relativa à avaliação da percepção de saúde pelo idoso, à avaliação do processo de envelhecimento, e a avaliação do grau de contacto com jovens e crianças.

De facto, este estudo, pode ser o ponto de partida para uma investigação mais aprofundada, e que de facto, pode ser um trabalho com potencialidades para ter uma continuação e desenvolvimentos posteriores.

Referencias Bibliográficas

- Abrams, D., Crisp, R.J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L. & Provias, D. (2008). Threat Inoculation: Experienced and Imagined Intergenerational Contact Prevents Stereotype Threat Effects on Older People's Math Performance. *Psychology and Aging*, 23 (4), 934-939.
- Alexandre, J.D. (2003). *Ciganos, Senhores e Galhardós: Um estudo sobre percepções e avaliações intra e intergrupais na infância*. Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa: Lisboa.
- Almeida, A.J.P.S. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto.
- Almeida, A.M.O. & Cunha, G.G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 147-155.
- Almeida, A.J.P.S. & Rodrigues, V.M.C.P. (2008). A qualidade de vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(6), 1-8.
- Alves, L.C. (2004). *Determinantes da Auto-Percepção de Saúde dos Idosos do Município de São Paulo*. Dissertação apresentada para obtenção do Título de Mestre em Demografia. Faculdade de Ciências Econômicas: Belo Horizonte.
- Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L. & Saldanha, A.A.W. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO*, 36 (2), 197-204.
- Araújo, L.F., Coutinho, M.P.L. & Santos, M.F.S. (2006). O Idoso nas Instituições Gerontológicas: Um estudo na Perspectiva das Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*; 18 (2), 89-98.
- Areosa, S.V.C. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos e Contextos*, 3, 1-12.
- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (1999). *Social Psychology* (Third Edition). Longman: New York.
- Bôas, L.P.S.V. (2004). Teoria das Representações Sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psicologia da Educação*, 19, 143-166.

- Brandão, L., Smith, V., Sperb, T.M. & Pimenta, M.A.A. (2006). Programas Intergeracionais. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 19(1), 98-195.
- Brewer, M.B. & Crano, W.D. (1994). *Social Psychology*. West Publishing Company: Minneapolis/St.Paul.
- Cabecinhas, R. (2004). Processos cognitivos, cultura e estereótipos sociais. Actas do II Congresso Ibérico de Ciências da Comunicação, Universidade da Beira Interior: Covilhã.
- Cabecinhas, R. & Lázaro, A. (1997). Identidade Social e Estereótipos Sociais de Grupos em Conflito: Um Estudo numa Organização Universitária. *Cadernos do Noroeste*, 10 (1), 411-426.
- Castañon, G.A. (2006). *O Cognitivismo e o Desafio da Psicologia Cognitiva*. Tese de Doutorado Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.
- Castelli, L., Zecchini, A., Deamicis, L. & Sherman, S.J. (2005). The Impact of Implicit Prejudice about the Elderly on the Reaction to Stereotype Confirmation and Disconfirmation. *Current Psychology: Developmental, Learning Personality Social Summer*, 24 (2), 134-146.
- Castro, C.M.V. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso Em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Cathalifaud, M.A., Thumala, D., Urquiza, A. & Ojeda, A. (2007). La Vejez desde la Mirada de los Jóvenes Chilenos: Estudio Exploratorio. *Ultima Década*, 27, 75-91.
- Catita, P.A.L. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Čeremnych, J., Alekna, V. & Valeikienė, V. (2007). Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. *Gerontologija*, 8(4), 217–221
- Coelho, S.L.B. (2008). *O Contributo do Voluntariado para o Bem-Estar dos Idosos: Estudos de Casos*. Dissertação de Mestrado em Sociologia e Planeamento. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa: Lisboa.
- Combe, K. & Schmader, K. (1999). Naturalizing Myths of Aging: Reading Popular Culture. *Journal of Aging and Identity*, 4 (2), 79-109.
- Couto, M.C.P.P. (2005). *Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento*. Projecto de Dissertação apresentado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul: Porto Alegre.

- Cuddy, A.J.C., Norton, M.I. & Fiske, S.T. (2005). This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 267-285.
- Custódio, C.M.F. (2008). *Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.
- Devine, P. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1), 5-18.
- Dobbs, D., Eckert, J.K., Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A.C. & Zimmerman, S. (2008). An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living. *The Gerontologist*, 48 (4), 517-526.
- Duarte, V.B., Santana, M.G., Soares, M.C., Dias, D.G. & Thofern, M.B. (2005). A Perspectiva do Envelhecer para o ser idoso e sua família, *Família, Saúde Desenvolvimento*, 7 (1), 42-50.
- Elsner, V. R., Pavan, F. & Guedes, J. M. (2007). Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (2), 46-54.
- Esquivel, L.R., Calleja, A.M.M., Hernández, I.M., Medellín, M.P.O. & Paz, M.T.H. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Ferreira, S.A.C.R.D. (2000). *A influência da Pertença Grupal no Tratamento de Informação Social. A Pertença Ideológica na Avaliação e Processamento de Informação sobre o 25 de Abril*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação: Porto.
- Ferreira, A.J. (2005). *Concepção de envelhecimento de um Idoso Autor: Um estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R.F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1) 65-77.
- Filho, H., R. K., Koch, L.F.A., Bisinelli, J.C., Moysés, S.J., Moysés, S.T. & França, B.H.S. (2007). Um Instrumento de Pesquisa para a Investigação de Infirmações sobre o Envelhecimento Urbano no Brasil: O questionário de Palmore adaptado. *Revista Clínica Pesq. Odontol.*, 3(2), 89-100.

- Fonseca, A.M.G. (2004). *Uma Abordagem Psicológica da “Passagem à Reforma” – Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação*. Dissertação de Doutorado em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Porto.
- Frumi, C. & Celich, K L.S. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 92-100.
- Gásquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. (2009). Old-Age Stereotypes related to the Gerontology Education: A Intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A.M. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (1), 28-47.
- Hale, N.M. (1998). Effects of Age and Interpersonal Contact on Stereotyping of the Elderly. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 17 (1), 28-47.
- Hartmann, A.C.V. (2008). *Fatores associados a Autopercepção de Saúde em Idosos de Porto Alegre*. Tese de doutorado apresentado para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Hess, T.M., Hinson, J.T. & Statham, J.A. (2004). Explicit and Implicit Stereotype Activation Effects on Memory: Do Age and Awareness Moderate the Impact of Priming? *Psychology and Aging*, 19 (3), 495–505.
- Hummert, M.L. (2003). Commentaries on “Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes” When Is an Age Stereotype an Aging Self-Stereotype? A Commentary. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B (4), 212–216.
- Kite, M.E., Deaux, K. & Miele, M. (1991). Stereotypes of Young and Old: Does Age Outweigh Gender? *Psychology and Aging*, 6 (1), 19-27.
- Kocarnik, R.A. & Ponzetti, J.J. (1986). The Influence of Intergenerational Contact on Child Care Participants' Attitudes Toward the Elderly. *Child Care Quarterly*, 15(4), 244-250.
- Kuznier, T.P. (2007). *O Significado do Envelhecimento e do Cuidado para o Idoso Hospitalizado e as Possibilidades do cuidado de si*. Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Enfermagem, para obtenção do título de Mestre. Universidade Federal do Paraná: Paraná.
- Lerner R.M., Easterbrooks M.A. & Mistry, J. (Eds.). (2003). *Handbook of Psychology: Developmental Psychology* (Vol. 6). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 (4), 203–211.
- Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (1999-2000). To be or not to be: The effects of aging selfstereotypes on the will-to-live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409-420.
- Levy, B. (1996). Improving Memory in Old Age Through Implicit Self-Stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1092-1107.
- Leyens, J.P., Yzerbyt, V. & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and Social Cognition*. London: Sage Publications.
- Lichtenstein, M.J., Pruski, L.A., Marshall, C.E., Blalock, C.L., Lee, S. & Plaetke, R. (2003). Sentence Completion to Assess Children's Views About Aging. *The Gerontologist*, 43 (6), 839–848.
- Lima, N.M.B.C.A. (2002). *Auto-estima e Actividade Física "Contributo de um programa de actividade física na Auto-estima em adultos idosos do concelho de Coimbra"*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto: Porto.
- Lopes, E.S.L. & Park, M.B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do Envelhecimento. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 141-148.
- Macia, E., Lahmam, A., Baali, A., Boëtsch, G. & Chapuis-Lucciani, N. (2009). Perception of Age Stereotypes and Self-Perception of Aging: A Comparison of French and Moroccan Populations. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 24, 391–410.
- Magalhes, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), 6-14.
- Marconcin, P., Real, N.C., Dias, C. & Fonseca, A.M. (2010). A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), 16-25.
- Maroco J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques, J.M. (1986). *Toward a Definition of Social Processing of Information: an Application to Stereotyping*. Dissertação de Doutoramento, Université Catholique de Louvain.
- Marques, S., Lima, M.L. & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.

- Massaia, E. (2005). *A concepção de Envelhecimento de Idosos Institucionalizados*. Tese de Doutorado para obtenção do grau de Doutor em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- Matos, P.R.M.A. (2004, Setembro). Ser-se mais do que velho: Tempo memória e velhice no contexto de um Lar. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, Portugal.
- Mazutti, C. & Scortegagna, H.M. (2006). Velhice e envelhecimento humano: Concepções de pré-escolares do município de Tapejara. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 101-112.
- McGuire, S.L., Klein, D.A. & Chen, S.L. (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing and Health Sciences*, 10, 11-16.
- Menezes, R.L., Souza, M.R. & Cardoso, T. R.C. (2007). O conhecimento de Acadêmicos de Fisioterapia em relação à Velhice e ao Envelhecimento. *Fragmentos de cultura*, 17 (3/4), 293-301.
- Mennocchi, L.M. (2009). *Representações Sociais de Professores e Alunos sobre o Envelhecimento Humano e Educação em um programa de Universidade Aberta à Terceira Idade*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista: Bauru.
- Monchietti, A. & Sánchez, M.L. (2008). Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 143-150.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (Modelos de Disminución y de Crecimiento). *Anales de psicología*, 14(1), 13-25.
- Monteiro, M.B., Lima, M.L. & Vala, J. (1991). Identidade Social. Um conceito chave ou uma panaceia universal? *Sociologia – Problemas e Práticas*, 9, 107-120.
- Moreira, V. & Nogueira, F.N.N. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicol. USP*, 19(1), 59-79.
- 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.
- Neto, F. (1998). *Psicología Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Okimura, T. (2005). *Processo de Aprendizagem de Idosos sobre os Benefícios da Actividade Física*. Dissertação Mestrado em Educação Física. Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Oliveira, E.R.F.L. (2007). Atitudes dos alunos brancos em relação a alunos negros. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Porto, Portugal.
- Padilla, A.M. & Perez, W. (2003). Acculturation, Social Identity, and Social Cognition: A New Perspective. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25 (1), 35-55.
- Palmore, E.B. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. Springer Publishing Company: New York.
- Palmore, E. (2004). Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46.
- Parales, C.J. & Ruiz, E.D. (2002). La Construcción Social del Envejecimiento y de la Vejez: Un Análisis Discursivo en Prensa Escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 107-121.
- Paulino, L.F. (2007). *Representações Sociais de Velhice, Cegueira e Direitos Nacionais em Instituições Especializadas em Deficiência Visual*. Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.
- Pereira, M.E., Ferreira, F.O., Martins, A.H. & Cupertino, C.M. (2002). Imagens e significado e o processamento dos estereótipos. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 389-397.
- Pereira, C., Torres, A.R.R. & Almeida, S.T. (2003). O Estudo do Preconceito na perspectiva das Representações Sociais: Análise da Influência de um Discurso Justificador da Discriminação no Preconceito Racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 95-107.
- Poeschl, G. (2008). *Análise de dados na investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.
- Postmes, T., Haslam, S.A. & Swaab, R.I. (2005). Social influence in small groups: An interactive model of social identity formation. *European Review of Social Psychology*, 16, 1-42.
- Potter, J. & Litton, I. (1985). Some Problems Underlying the Theory of Social Representations. *British Journal of Social Psychology*, 24, 81-90.
- Prado, S.D. & Sayd, J.D. (2006). A Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciencia e Saúde Colectiva*, 11 (2), 491-501.
- Prette, A.D. & Prette, Z.A.P.D. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 9 (13), 125-136.
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2005). Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412.
- Reis, P. O. & Ceolim, M.F. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista Esc Enfermagem*, 41(1), 57-64.

- Ribeiro, A.P.F. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
- Ribeirinho, C.M.C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa: Lisboa.
- Rupp, D.E., Vodanovich, S.J. & Credé, M. (2005) The Multidimensional Nature of Ageism: Construct Validity and Group Differences. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 335–362.
- Sáez, N., Meléndez, J.C. & Aleixandre, M. (1994). Los Estereotipos en los Ancianos: Un Estudio Empírico y sus resultados. *Revista de Psicología de la Educación*, 14, 75-89.
- Sánchez, A.N. (1982). Imagen y Estereotipos Acerca de los Ancianos en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(3), 363-383.
- Santos, S.D.M. (2006). *Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas. Estudo com idosas em Lares e Centros de Dia*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Universidade do Porto: Porto.
- Santos, R.F. (2008). *A Influência dos Estereótipos no julgamento da veracidade de Enunciados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil.
- Santos, D.I.F.A. (2008 a) *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Schneider, D.J. (2004). *The Psychology of Stereotyping*. New York: Guilford Press.
- Serôdio, R.N.G. (1999). *Reacção aos Desvios nos Grupos e Homogeneidade Normativa – Efeitos da Categorização Social e da Uniformidade do Grupo*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto: Porto.
- Silva, M.E.V (2006). *“Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!” Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta: Lisboa.
- Silva, C.I.S. (2007). *Preconceitos etnoculturais: meio rural e meio urbano: contributo para a educação intercultural*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta: Lisboa.

- Silva, C. A., Fossatti, A.F. & Portella, M.R. (2007). Percepção do Homem Idoso em Relação às Transformações decorrentes do processo de Envelhecimento Humano. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, 12, 111-126.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.
- Sijuwade, P.O. (2009). Attitudes towards Old Age: A Study of the Self-Image of Aged. *Stud Home Comm Science*, 3(1), 1-5.
- Schroots, J.J.F. (2003). Ageism in Science: Fair-play between Generations. *Science and Engineering Ethics*, 9, 445-451.
- Solon, J.A., Amthor, R.P., Rabb, M. & Shelley J.C. (1977). Linking Young and Old Institutionalized People. *Public Health Reports*, 92 (1), 57-64
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar.
- 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.
- Stets, J.E. & Burke P.J. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 224-237.
- Teixeira, M.C.T.V., Sttembre, F.M. & Leal, S.B. (2007). A Survey of Women's Social Representations of Aging and Rejuvenation. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 104-114.
- Valentini, M.T.P. & Ribas, K.M.F. (2003). Terceira Idade: Tempo para Semear, Cultivar e Colher. *Analecta*, 4(1), 133-145.
- Vaz, S.F.A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado. Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Porto.
- Veloz, M.C.T., Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (1999). Representações Sociais do Envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 1-19.
- Veríssimo, L.L. (2001). *Papel do Desviante no Sistema Normativo do Grupo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Wachelke, J.F.R. & Camargo, B.V. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41 (3), 379-390.

- Wachelke, J.F.R. & Lins, S.L.B. (2008). Changing Masks: A Masking Effect on Young People's Social Representations on Aging? *Current Research in Social Psychology*, 13(19), 232-242.
- Wilcox, S. Aragaki, A. Mouton, C.P., Evenson, K.R., Wassertheil-Smoller, S. & Loevinger, C.L. (2003). The Effects of Widowhood on Physical and Mental Health, Health Behaviors, and Health Outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychology*, 22 (5), 513-522.