

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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 pois, ao longo das últimas décadas, o mundo tem assistido ao aumento significativo do número de idosos, sendo isto motivado pelo aumento da esperança média de vida. O envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, manifestando-se de várias formas, passando pelo envelhecimento físico, psicológico e social. Isto irá afetar o funcionamento humano em diferentes áreas e contextos, repercutindo-se nas atividades diárias, nas relações interpessoais, na autonomia, na saúde física e mental, entre outros.

O envelhecimento, para além dos aspetos relacionados com alterações biológicas e psicológicas, é um processo determinado pela cultura e contexto social, pelo que é entendido como uma alteração de atitudes e mentalidades que resulta das interações que se vão estabelecendo entre os diversos grupos etários e as suas condições de vida.

Associados à velhice surgem muitas vezes estereótipos e preconceitos, que afetarão, tanto a forma de lidar com os idosos, como a forma de estes se perceberem. Segundo Mazutti & Scortegagna (2006), os estereótipos predominantes dizem respeito à proximidade com a finitude humana e perdas relacionadas com o processo de envelhecimento. Por seu lado, Belsky (2001) refere que os estereótipos sobre os idosos abrangem tanto o domínio físico, cognitivo, emocional e social. Entre esses estereótipos encontramos ideias relacionadas com o início da idade aos 65 anos, a associação a problemas de saúde quando se atinge esta idade, o surgimento da senilidade e da solidão.

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

As representações sociais são muito importantes para a compreensão de uma população e dos seus comportamentos dentro de uma sociedade, pois a forma como vemos o outro pode influenciar frequentemente o modo como nos comportamos com o mesmo. Os profissionais que trabalham com idosos não estão alheios a estas situações, havendo vários fatores que poderão influenciar as atitudes sociais relativamente às pessoas idosas e ao envelhecimento, e que de alguma forma comprometem as relações que se estabelecem, Hook (2006).

Geralmente, estes estereótipos (maioritariamente negativos) causam junto dos idosos sentimentos nefastos, já que se referem à velhice como uma incapacidade, uma doença, um declínio ou um fracasso. Para além disso, excluem a possibilidade de crescimento do idoso e o reconhecimento das suas capacidades. Estes estão muitas vezes ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, e influenciam a forma de interação com o idoso (Martins & Rodrigues, 2004).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Alguns estudos (Sachez, 2000) referem a tendência prevalente em desconsiderar a individualidade e o potencial dos idosos mais dependentes, em que quem cuida destas pessoas se sente no direito de exercer pleno domínio sobre as suas vidas, transformando o seu quotidiano e maneira de viver.

O uso de estereótipos ou preconceitos implícitos, que existem e operam sem conhecimento ou o controlo consciente da pessoa, podem levar a atitudes, comportamentos e formas de tratamento discriminativas e preconceituosas. Torna-se, assim, pertinente o conhecimento destes estereótipos e preconceitos implícitos de forma a melhor compreender os comportamentos e atitudes face ao idoso e com isso elaborar modelos de intervenção, pois a ação profissional exige a problematização das dificuldades e carências das populações para construir os problemas profissionais e encontrar as respostas para delinear estratégias, tomar decisões, planear, agir como profissional nos contextos de ação (Cachioni, 2002).

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

Pelas razões apresentadas, e também porque a investigação sobre as representações sociais do idoso têm incidido mais nas representações que o idoso tem de si próprio, considera-se que este estudo se reveste de enorme pertinência.

Assim, e com base nos pressupostos descritos, o objetivo deste estudo focalizou-se em conhecer as atitudes e conhecimentos sobre os idosos, dos profissionais (técnicos) que com eles trabalham diariamente, bem como um conjunto de variáveis que com eles possam estar relacionadas.

Esta investigação encontra-se organizada em três partes. A primeira parte, de carácter teórico, está dividida em três capítulos: o primeiro capítulo que procura descrever as características sociodemográficas da população idosa portuguesa, bem como, o impacto social do envelhecimento e a institucionalização; no segundo capítulo são definidos os conceitos de representações sociais, imagens, atitudes e estereótipos, dando maior ênfase aos conceitos de estereótipos e atitudes; no terceiro capítulo apresenta-se os estudos realizados sobre os estereótipos do envelhecimento.

Por sua vez, na segunda parte deste trabalho, procede-se à apresentação do estudo empírico efetuado, através do seu enquadramento, definição de objetivos, descrição da metodologia utilizada, descrição da amostra e a descrição dos procedimentos dos resultados obtidos, sendo que na terceira parte encontra-se a análise e apresentação dos resultados.

Por último, num quarto momento, são elaboradas as principais conclusões retiradas deste estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Capítulo I

1. Características Sociodemográficas da População Idosa Portuguesa

O final do século XX representa o ponto de viragem em grande parte dos países em desenvolvimento, ou seja, o declínio da fecundidade já se afirmou e os efeitos começam a sentir-se na redução dos mais jovens e o crescimento absoluto e relativo dos mais velhos. Se o século XX foi o século do crescimento populacional, o século XXI vai ser o século do envelhecimento global (Wilson, 2006).

No conjunto dos países mais desenvolvidos, Portugal apresenta um nível de envelhecimento médio, posição que tenderá a manter ao longo da primeira metade do século.

O envelhecimento demográfico da população é um acontecimento global e também um dos maiores triunfos e desafios da humanidade (Who, 2005). Figueiredo (2007) afirma que “ (...) «as sociedades têm agora o luxo de envelhecer» -, mas as consequências para as nações governos e indivíduos, constituem um motivo de preocupação presente um pouco por todo o mundo”. Nas sociedades desenvolvidas o crescimento do tempo de vida decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, acrescentando-se ainda o desenvolvimento económico e social, cujos impactos benéficos na saúde das populações são já factos adquiridos (Fernandes, 2007). No entanto, esse envelhecimento acarreta alterações políticas, económicas, financeiras e sociais para fazer face às necessidades desta nova população (Fernandes, 2001; Figueiredo, 2007; Silva, 2006).

As alterações registadas na pirâmide etária da população residente em Portugal refletem, perfeitamente a dinâmica observada desde o início do século, ou seja, a tendência para um duplo envelhecimento da população (Fernandes, 2001 e 2007; INE, 2010). Regista-se uma significativa queda da fecundidade (com estreitamento da base) e um evidente aumento da esperança de vida (alargamento do topo) (Fernandes, 2001), que se traduz entre 2001 e 2008 numa redução do peso relativo da população jovem de 15,9% para 15,3% e num aumento do peso relativo da população idosa (65 e mais anos) de 16,5% para 17,5% respectivamente (Carrilho & Patrício, 2009).

Na população idosa o grupo etário com 75 e mais anos sofre um aumento do peso relativo, passando de 6,9% em 2001 para 8,2% em 2008. No conjunto da população idosa, o grupo com 80 e mais anos (muito idosos) representa em proporção 24,6% (20,9% nos homens e 27,3% nas mulheres) em 2008 (Carrilho & Patrício, 2009).

Entre 2001 e 2009 e em resultado das alterações da estrutura etária da população verifica-se que o índice de envelhecimento aumentou, passando de 104 para 118 indivíduos com 65 ou mais anos de idade por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos de idade (INE, 2010).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

No que diz respeito ao grupo da população ativa observa-se um aumento da sua percentagem entre as décadas de 70 e 90, verificando-se uma ligeira tendência de descida, a partir de 2000, que segundo as estimativas andar­á por volta dos 67,3% em 2050.

A conjugação das percentagens destes grupos vai-se traduzir nos índices de dependência da população Portuguesa, verificando-se nomeadamente que o índice de envelhecimento passou dos 27,3% (1960) para os 110,1% (2005) e o índice de dependência de idosos dos 12,7% para os 25,4% nas mesmas datas.

Considerando, por outro lado, as informações do INE (2001; 2002a), determinaram-se os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da *International Standard Classification of Education* (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas.

Pode verificar-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, com especial incidência nas mulheres, que se distribui da seguinte forma:

- ISCED 0 - 55,1% (64,7% mulheres e 41,3% homens)
- ISCED 1 - 37,0% (48,0% homens e 29,3% mulheres)
- ISCED 2 - 3,4%
- ISCED 3 - 2,1%
- ISCED 5 e 6 - 2,4%

Em relação aos contactos sociais com amigos e familiares verifica-se que são pouco frequentes e a adesão dos idosos a organizações sociais e/ou culturais é muito baixa.

Relativamente às atividades de lazer, constata-se que:

- 98% de homens e 94% de mulheres vêem TV com muita frequência;
- 50% de homens e 23% de mulheres lêem jornais, os primeiros quase todos os dias e as segundas uma vez por semana.

A taxa de viuvez é mais elevada, sobretudo nas mulheres, como resultado da sobremortalidade masculina e pelo facto de a constituição de uma nova família neste grupo etário ser mais frequente nos homens.

No que concerne à realidade económica, num estudo realizado sobre a pobreza no nosso país (pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade), cerca de dois terços dos idosos pensionistas podem ser considerados pobres. Os valores das pensões são relativamente baixos, não só porque os salários de referência são reduzidos, mas também porque as carreiras contributivas foram, em geral, muito curtas.

No que diz respeito à incidência de doenças crónicas o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999, refere a hipertensão e as dores das costas como as mais frequentes entre esta

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

população, registrando estas em conjunto com a Diabetes uma prevalência superior nas mulheres.

Nos países desenvolvidos, especialmente nos países europeus, os homens e as mulheres conhecem novas capacidades de sobrevivência. Vivem durante mais tempo e com mais saúde. O aumento da longevidade e o envelhecimento demográfico das populações constituem os traços dominantes da evolução demográfica contemporânea.

Contudo, esta maior sobrevivência das gerações tem trazido novos desafios e grandes inquietações. Uma esperança de vida mais elevada tem também, como consequência direta, viver mais tempo com mais idade, ou seja, o aumento do tempo de vida na fase final do ciclo de vida repercute-se no aumento dos riscos e da vulnerabilidade fisiológica que está associada aos organismos que envelhecem.

Os resultados provisórios dos Censos 2011, referenciados ao dia 21 de Março de 2011 indicam que o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projeção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050.

Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projeção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea.

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar outras oportunidades em diversos domínios, novas atividades económicas e profissões, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade; ambientes e arquiteturas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas.

Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser fatores a ter em conta, pois afetam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Contudo, a demarcação é necessária para a descrição comparativa e internacional do envelhecimento.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

2. Impacto Social do Envelhecimento

A retrospectiva histórica do envelhecimento mostra que tendemos a classificar o envelhecimento apenas sob a vertente biológica. Mas, não é somente a Biologia a determinar este momento, até porque, cada vez mais, o Homem consegue manipular e adulterar o que a genética programou e o ambiente condicionou.

Envelhecer é muito mais do que fazer anos e por isso mesmo não é fácil concretizar esse momento. Ainda assim, a idade cronológica surge como o elemento mais preciso para esta categorização, mesmo que bastante longe de oferecer uma definição completa. Contudo, foi apenas devido à pressão do envelhecimento demográfico que a dimensão social começou a ter maior importância na compreensão da velhice como problema social.

Em termos sócio-políticos, e tomando em consideração a realidade portuguesa, assistimos a uma histórica distanciação dos indivíduos perante o Estado, ausência do exercício de cidadania e um olhar atomizado para os seus interesses, desencadeando mecanismos de estagnação e aceitação das baixas condições de vida.

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

De acordo com Pimentel (2000), o fenómeno do envelhecimento, constitui um problema social pelo facto de a ele estar associado uma série de fatores que agravam as condições de vida do idoso:

1. A crise dos sistemas de proteção social que se reflete na dificuldade de melhorar os atuais sistemas de reforma e em financiar os equipamentos sociais;
2. A crescente instabilidade das formas familiares e a frequente indisponibilidade da família para dar um apoio permanente aos seus idosos;
3. A despersonalização das relações sociais e a ocorrência de graves situações de isolamento;
4. A rápida evolução das fontes e das formas de conhecimento que põe em causa continuidade cultural que ligava as gerações. Estes são os fatores que agravam as condições de vida dos mais velhos, excluem-nos dos sectores produtivos da sociedade e enviam-nos para uma posição social desfavorável.

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 (Fernandes, 2001; Ribeiro, 2007).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Aqui, a exclusão social induz quer a perda do estatuto conferido pela atividade 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 ativo e que facultava interações 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).

Há autores que chegam a afirmar que a reforma estimula a consciência do envelhecimento. Como se não bastasse, ela ocorre num ponto do ciclo de vida em que a capacidade adaptativa está mais limitada.

Por outro lado Boutique & Santos (2002) afirmam que a imposição da reforma, sem alternativa de ocupação útil, uma vez que normalmente esta não é devidamente preparada, leva frequentemente à inatividade que, por sua vez, gera deficiência, limitação funcional e dependência, sendo a incomunicação, o desamparo e a solidão sociológica as maiores causas de sofrimento da pessoa idosa, fazendo-a cair no vazio existencial e na depressão. 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 manter uma vida social ativa (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 salientar, segundo Vaz (2001), que cada indivíduo é uma realidade, sendo que a idade da reforma, (entendida no sentido de “deixar de trabalhar”), tem repercussões diferentes em cada um, o que quer dizer que, se por um lado existem idosos que após a reforma continuam a ter uma vida social ativa, por outro lado, a realidade mostra-nos que a maioria acaba por “cair” na inatividade e no desinteresse, gerando sentimentos de solidão, desvalorização, prejudicando variáveis sócio-familiares, de saúde física e psíquica (Ribeirinho, 2005).

De um ponto de vista conjugal, a família volta a ter a composição inicial, com a passagem a casal sozinho, valorizando-se novamente aspetos 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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

problemas familiares (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003). A dedicação do tempo a atividades de lazer, de desporto, de criatividade faz também parte do projeto de vida que se pode ter para esta fase da vida, favorecendo novos espaços de socialização e de participação na vida social, política, económica e cultural (Ferrari, 2002). Na verdade, trata-se de um apelo à mobilização, ao continuar a fazer, a criar, a descobrir, enfim, a viver.

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 aspeto 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).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

3. Institucionalização

3.1. Definição e Conceito

A institucionalização significa, por um lado, o ato ou efeito de institucionalizar, e, por outro, os efeitos observados nos idosos que são integrados na instituição (Ferreira, 2002, cit. por Oliveira, 2006). Por sua vez, institucionalizar significa dar ou adquirir o carácter de instituição (Dicionário da Língua Portuguesa). Na língua inglesa, *institutionalize* significa tornar institucional ou converter em instituição. *Institutionalizing* significa a condição, estado de estar ou tornar-se institucionalizado, a ação de institucionalização. O verbo correspondente a institucionalizar, *to institutionalize*, segue outro sentido: o de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada (Oxford Dictionary, 2002).

Nos países de língua oficial portuguesa, as instituições que amparavam os sujeitos mais necessitados, sem familiares que os assistissem, eram tradicionalmente chamadas de asilos ou albergues. Pela sua conotação depreciativa de abandono, pobreza ou rejeição familiar, foram substituídas por nomes como: Lar de Idosos, Lar de Terceira Idade, Residência de Idosos ou Casa de Repouso (Vaz, 2009).

É a partir do séc. XVII que a assistência à população demarcada pela caridade religiosa passa a ser encarada como um dever do Estado e da sociedade civil. Para esta mudança de atuação muito contribuiu o terramoto que devastou Lisboa em 1755, e com o intuito de fazer face às problemáticas sociais inerentes a este fenómeno foi criada em 3 de Julho de 1780, no reinado de D. Maria I, a Casa Pia. Este foi o marco de viragem da assistência religiosa para a assistência social pública/estatal em Portugal.

Nesta época, a referência aos idosos ainda era sinónimo de incapacidade material de subsistência e abrigo.

O ponto de viragem é dado com a Constituição de 1933, em que o Estado afasta-se da responsabilidade da previdência social não assumindo os seus encargos financeiros, mas interessa-se em promover o surgimento e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. Estas são criadas para suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras. Não tendo responsabilidades financeiras, ao Estado estava incumbido a coordenação, direção e impulso de todas as atividades sociais (Guedes, 2007).

Com o decorrer dos anos, este sentimento de que as respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do estado e da própria sociedade civil, foi-se sedimentando e amadurecendo, dando origem, em termos legislativos à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social, conhecidas habitualmente pela sigla IPSS, que inclui as Santas Casas da Misericórdia, os Centros Sociais Paroquiais, as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades, as Associações de Solidariedade Social) (Almeida, 2008; Guedes, 2007; Jacinto,

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

2003). Este termo surgiu pela primeira vez na Constituição de 1976 (art.º nº 63), sendo posteriormente, no art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro.

Atualmente, há dois tipos de serviços de apoio à velhice, os que têm como objetivo principal manter o idoso na sua residência: Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite e os que permitem a institucionalização total: lares e residências.

Contudo devido às transformações verificadas na sociedade portuguesa, quer a nível demográfico quer a nível familiar e na sequência do reconhecimento da necessidade de intervir face ao problema social da velhice, atualmente o Estado assumiu-se como o grande promotor de bem-estar social. Com o objetivo de proporcionar melhores condições de vida às pessoas idosas, tem desenvolvido uma maior dinamização no apoio social ao domicílio, assim como em estruturas de convívio, com vista ao combate do isolamento e da exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Almeida, 2008; Guedes, 2007).

Considerando a dimensão sócio espacial das instituições, podem ser consideradas como instituições parciais e instituições totais. As primeiras só acolhem uma parte das atividades quotidianas dos indivíduos de acordo com as suas necessidades. As instituições totais são um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Neste contexto, o indivíduo encontra-se imerso num universo onde é tratado de maneira igual à de todos quanto com ele partilham esse espaço (Almeida, 2008).

Neste contexto, uma pessoa é institucionalizada porque tem uma necessidade que não está a ter resposta na comunidade e adapta-se à instituição.

Jacob (2001) define a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, nos casos dos lares ou residências. A institucionalização crescente dos idosos associa-se ao aumento populacional desta faixa etária e às modificações ocorrentes na estrutura familiar.

Para Paúl (2005), as causas da institucionalização poderão ser problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade. Como evidenciam os autores atrás referidos, as causas para a institucionalização podem ser inúmeras, sendo muitas vezes a conjugação destas diversas causas, e não apenas de uma ou de duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

Não nos podemos esquecer que há algumas décadas atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família. Várias razões levam a família e/ou o idoso a tomar a decisão de institucionalização (Cardão, 2009), (Wilmoth, 2002 *in* Almeida 2008), Born e Boechat (2006, *in* Almeida 2008): a família não tem tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência físico e/ou mental; viuvez; idade. Kane (*in* Freitas *et al* 2002) acrescenta a etnia e a pobreza; para além disso, pode ocorrer a ausência de suporte familiar ou conflitos familiares que fragilizam o idoso e o levam à institucionalização, uma

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

vez que “*família baseia-se hoje mais na satisfação do desejo do que na assistência recíproca*” (Slepoj, 2000).

No entanto, como refere Vendeuvre, cit. por Bernardino (2005), “... *muitas vezes os laços familiares se fortalecem e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afeto*”.

Para o idoso, mesmo quando a institucionalização é da sua vontade/decisão, é motivadora de sentimentos de perda, nomeadamente (Sousa *et al* 2004; Cardão: 2009; Jacob 2007): a saída do local onde viveu uma vida e tem uma relação muito especial com todo aquele espaço, com perda e/ou rutura com pessoas da sua rede social; alteração para rotinas estandardizadas. Contudo tudo isto também pode gerar sentimentos de ganho: diminuição do medo noturno, acompanhamento de cuidados, e para idosos muito isolados há um aumento da sua rede social.

Estas mutações da vida quotidiana na sociedade contemporânea exigem que a sociedade civil se organize para responder a algumas funções que a família não consegue assumir. Contudo, a família continua a ter um papel fulcral no apoio instrumental e no bem-estar psicológico do idoso (Paúl, 1997).

Ao longo do período de 1998 a 2006, as respostas sociais com maior ritmo de crescimento foram as destinadas às áreas da População Idosa (46,4%), o que demonstra, por um lado a preocupação com estas áreas em termos de política social e por outro reflete o peso na despesa com o investimento e o funcionamento destas áreas de intervenção. Segundo o INE (2002), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à Segurança Social são idosos e 12% encontram-se em lares.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção Geral de Saúde (DGS), em conjunto com o Ministério da Saúde, têm delineado um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população envelhecida. São eles o *Programa de Apoio Integrado a Idosos* (PAII), o *Programa Idosos em Lar* (PILAR) e o *Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social* (PAIPS), definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direção Geral de Saúde (2008).

Segundo Santos, cit. por Lemos (2005), quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os idosos e os restantes utentes, bem como com o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolva relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso.

Com a continuidade da estadia no lar, este deve garantir autonomia, privacidade, direito de escolha, independência ao idoso e dignidade. Born (2002, *in* Cardão 2009) acrescenta que essa dignidade deve ser reconhecida até no leito da morte. Estes últimos

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

requisitos têm gerado maior polêmica pela comunidade científica, pois referem que não são respeitados pela comunidade institucional, no geral, considerada para alguns autores como um “mundo à parte”. Isto é, aquele em que os idosos perdem o controle das suas atividades diárias e horários, normalmente impostos: controle na higiene, alimentação, limpeza e arrumação dos quartos, medicação; a uniformização de regras e normas (por exemplo estar no quarto fora de horas de dormir, local de privacidade, onde não deve receber visitas a não ser que esteja doente ou dependente); a vida monótona e rotineira; o desinvestimento do cuidado com o corpo e auto-imagem; tratar o idoso como um ser assexuado que promove a sua desumanização, a despersonalização (pouca privacidade) (Cardão, 2009; Vaz, 2009; Sousa *et al* 2004; Fernandes, 2002). A família, inversamente, aposta na possibilidade do seu idoso ter mais convívio, ser mais acompanhado ao nível dos cuidados básicos e da saúde (Cardão, 2009).

Quintela (2007) afirma que as respostas às necessidades da população que envelhece não podem refletir a diversidade conceptual de cada dirigente de um serviço público ou privado sobre o envelhecimento ou velhice. Cardão (2009) e Fernandes (2002) afirmam que esta tendência de uniformização e paternalismo exacerbado que cultiva a falta de estimulação dos comportamentos existente na instituição promove uma maior dependência do idoso, que assume maior gravidade se o idoso já for dependente, pois já não é incentivado a manter e/ou desenvolver competências como vestir ou alimentar-se, responsabilidade que recai sobre as auxiliares que normalmente têm pouca formação e pouca motivação para o difícil trabalho que lhes é atribuído.

Todavia, o processo de institucionalização não apresenta só desvantagens. Alguns estudos têm sido realizados, onde se apontam algumas características positivas da institucionalização. Segundo (Fernandes, 2002) as principais vantagens da institucionalização para o idoso eram: uma melhor monitorização do seu estado de saúde e funcional, prestação de cuidados de saúde imediatos, assistência nas AVD's, maior controlo do risco de imobilidade e suporte social, pois aumenta oportunidades de interação e papéis sociais adequados ao idoso.

Com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade ao idoso, em 1984 a OMS estabeleceu seis objetivos para a sua prestação:

- *Contribuir para que o idoso morra tranquilo;*
- *Dar suporte à família do idoso;*
- *Manter a qualidade de vida;*
- *Prevenir a perda de aptidões funcionais;*
- *Proporcionar assistência de qualidade* (Jacob, 2001).

Para minorar as consequências negativas da institucionalização, em 24 de Setembro de 1993, realizou-se na Holanda um encontro da Associação Europeia de Diretores de Instituições de Idosos onde surgiu um documento denominado - Carta Europeia dos Direitos e

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Liberdade do Idoso Residente em Instituições. Aqui definem-se algumas diretivas de funcionamento (Born & Boechat *et al* 2002):

- “ - Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;
- Manter a autonomia do idoso;
- Favorecer a livre expressão da sua vontade;
- Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;
- Possibilitar liberdade de escolha;
- Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa;
- Respeitar a privacidade;
- Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;
- Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme a sua escolha;
- Respeitar a manutenção do seu papel social;
- Garantir acesso ao melhor cuidado conforme o seu estado de saúde;
- Proporcionar cuidado integral e não apenas médico”.

É cada vez mais consensual a necessidade de manter as pessoas ativas no seu meio social, tendo em atenção o seu melhor equilíbrio físico, psíquico e social. Neste sentido, até se questiona se a institucionalização dos idosos propicia este equilíbrio saudável entre as condições biológicas e as exigências do meio (Casanova, 2001).

O idoso é confrontado com uma realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar (Lemos, 2005).

Considera-se que o idoso apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve os conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então, estamos perante uma má adaptação (Bromley, cit. por Agostinho, 2004).

A questão da satisfação de vida dos idosos na instituição prende-se com a avaliação que se faz da vida como um todo. Nesta perspetiva, Paúl (1992) realça a falta de consenso em relação aos problemas ligados à distinção entre satisfação de vida e constructos de bem-estar, refletindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações. Para Fonseca (2006), estamos perante conceitos multidimensionais que integram elementos diferentes como atitudes, traços de personalidade e afetos. Reconhece-se a importância das teorias biológicas, mas, no nosso caso, valorizamos as teorias psicológicas e sociológicas por nos parecerem as que melhor explicam os comportamentos dos idosos e a relação entre os seus comportamentos e a adaptação às instituições. Como refere Oliveira (2006), a complexidade e o desenvolvimento exigem uma abordagem multidisciplinar.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

3.2. O ambiente institucional

Os efeitos das deslocalizações e institucionalização dos idosos têm sido estudados nas últimas décadas e tema de alguma controvérsia. Uma vez que, a maioria dos investigadores apresenta geralmente críticas negativas sobre os cuidados institucionais, aversão aos cuidados institucionais, a perda de individualidade, o passar os dias sentados sem nada fazer, receber ordens de outras pessoas e a solidão, são sentimentos que os assolam. Ainda, Baldwin, Harris & Kelly (1993), numa revisão de estudos de cuidados institucionais, argumentam que grande parte dos investigadores ignora a vida das pessoas idosas antes da sua admissão. Pelo contrário, centram-se na dinâmica dos cuidados institucionais para demonstrar o processo de desumanização pós-admissão. Os Lares de Idosos foram rotulados como sistemas fechados, onde aos residentes é destituído o passado e negado o futuro. Juntamente com outros autores Santana & Filho, (2007), argumentam que as instituições não podem ser culpadas pela dependência do idoso, provocada por desigualdades estruturais na economia em geral durante o seu ciclo de vida.

Existe de forma bem desenvolvida na literatura o significado de Lar e de como este difere de um lar institucional. Em ambiente familiar, os indivíduos que recebem cuidados ou os seus familiares, têm maior controlo sobre quem os presta e quão bem são prestados. Além disso, os problemas morais e conflitos são menos comuns do que nas instituições (Uhlenberg, 1997).

Calenti (2002) refere que as instituições dificilmente podem chegar a criar ambientes tão ricos e estimulantes, como são os ambientes próprios da comunidade. A vida institucional tem o efeito de privar as pessoas de experiências comuns à maioria dos idosos. Desprovida de relações pessoais produtivas, de emoção que é dada pelo contacto quotidiano com a comunidade, a vida numa instituição não é propícia ao desenvolvimento de habilidades sociais necessárias para interagir com o resto da sociedade.

Não se pode, de modo algum, ignorar que as pessoas idosas são portadoras de uma história de vida, e possivelmente de uma série de limitações (físicas, psicológicas ou sociais), que nenhum outro grupo etário comporta. Em consequência, o estudo de determinantes ambientais que influenciam a vida dos idosos pode ser um contributo marcante para melhorar a sua qualidade de vida, neste caso, dos idosos institucionalizados em lares de terceira idade.

Independentemente deste facto, é por todos perceptível que a vida dos idosos, quando institucionalizados, pode revestir-se de inúmeros conflitos que decorrem, muitas vezes, da grande variedade de pessoas que constituem este grupo etário da população.

Face à heterogeneidade que constitui o grupo etário das pessoas idosas, colocam-se, sobretudo, três grandes desafios aos lares de terceira idade (Quintela, 2001):

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

- Conciliar a coletivização com a individualidade;
- Satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local ser imposta;
- Satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos.

Em princípio, as pessoas idosas que “optam” pela institucionalização, pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida; anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006).

Outros autores como Altman, Lawton e Wohlwill (1984), são da opinião que, devido ao facto dos estímulos exteriores serem muitas vezes limitados, seria conveniente projetarem-se áreas que possibilitassem aos idosos a observação de espaços exteriores e halls de entrada, com a finalidade de observarem algo de diferente e que lhes despertasse a atenção.

De referir que os serviços institucionais representam para Fernandes (2002) um recurso importante para os idosos mas é necessário evitar que uma vez o idoso institucionalizado todos os seus fatores negativos, como a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado e a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma. Considera-se portanto que a institucionalização tem riscos e perigos que podem causar danos graves à auto-estima e integração do idoso na sociedade.

Na opinião de alguns autores (Brito & Ramos, cit. por Lobo & Pereira, 2007; Suzuki, Demartini & Soares, 2009), a institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, porque normalmente ocorre um aumento do isolamento, inatividade física e julgamentos sociais destrutivos, principalmente relacionados com a família. As instituições habitualmente são espaços impessoais, “frios”, escuros, monótonos, com poucos estímulos, não favorecendo a qualidade de vida dos idosos, encarado como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários (Barros, 2006).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

CAPÍTULO II

1. Representações sociais, Imagens, Atitudes e Estereótipos

1.2. Conceptualização Teórica

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 em outros conceitos, tal como o de imagem, atitude ou representação social.

1.2.1. Imagem

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).

Segundo Ribeiro (2007), a imagem *“é um conjunto de conceitos e valores que as pessoas associam a determinada pessoa, objeto, 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”*.

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, afeta o tratamento social dado a esta (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

O conceito de imagens pode ser ainda caracterizado como: a) imagens mentais b) imagens sociais e c) imagens culturais (Ribeiro, 2007).

Na tabela 1 são apresentadas estas imagens e os conceitos associados.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 1 - Caracterização de imagens mentais, sociais e culturais

Imagens Mentais	Imagens Sociais	Imagens Culturais
- Percepções do “eu”, do “nós” e dos “outros” - Estereótipos (por exemplo, dos idosos e não idosos em relação aos idosos)	- Representações Sociais - Discriminação Social - Atitudes - Preconceito (por exemplo, em relação à velhice e ao envelhecimento)	- Mitos - Crenças - Tabus (que se estabelecem depois de um determinado tempo, tornando-se num código (por exemplo, gerontológico e intergeracional))

As imagens mentais são uma forma de pensar, interpretar, perceber e de formar estereótipos.

Ribeiro (2007), através de uma análise da literatura, apresenta uma organização dos estereótipos segundo o conceito de imagens, verificando-se não só o predomínio de imagens negativas, associadas ao declínio, como apresenta também imagens positivas associados ao envelhecimento, como a serenidade, 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 2.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 2 - 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 afetos dos netos.
	Guardiães das tradições	Fazem a ligação entre o passado e o 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; inativos e improdutivos.
	Aproximação da morte	Estão á espera da morte, em que já viveram o que tinham para viver.
	Homogeneidade	Os idosos são todos iguais.
	Vítimas de crime	Abuso a nível físico, sexual e psicológico. Atos de negligência e abuso, nas famílias e nas instituições de apoio.
	Aspeto físico	Rugas; despreocupados com a aparência.
	Aborrecido e antiquado	Têm muitos hábitos e rotinas; impaciência; rígidos.
Neutras	Incapacidade de aprender	Não adquirem novas informações; são desorientados e confusos; mais lentos; esquecidos.
	Espirituais	Muito religiosos.
	Fase normal da vida	Ter muitos anos, mais uma fase da vida com características específicas.
	Estado de espírito	Sentir-se velho.

De modo geral, os estereótipos relacionados com o idoso e envelhecimento, incidem em três níveis: biológico, psicológico e social. Ao nível biológico, as denominações reportam-se a dimensões como doença, aspeto físico, incapacidade sexual e esforço. Ao nível

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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 aspetos como a cognição, aparência e dependência física, sendo que são os idosos o grupo com mais estereótipos associados a défices cognitivos (Hippel, Silver & Lynnch, *cit in* Ribeiro 2007). As imagens positivas estão mais relacionadas com aspetos psicossociais, como a sabedoria e a experiência acumulada ao longo da vida (Ribeiro, 2007).

1.2.2. Estereótipo

A palavra estereótipo vem do grego *stereos*, que significa forma ou sólido, e *typos*, impressão ou modelo, mas só surgiu na literatura através do livro de James Morier, “As Aventuras de Ali Baba” (*The adventures of Hajji Baba*), em 1824. A sua introdução na área das ciências sociais deveu-se à obra do jornalista político Walter Lippman, “*Public Opinion*”, em 1922, a propósito da análise da influência das concepções nacionalistas nas relações políticas internacionais da I Grande Guerra Mundial.

Os estereótipos constituem uma imagem mental simplificada de alguma categoria de pessoas, objetos e/ou instituições, em que os acontecimentos são agrupados em características essenciais por um grande número de pessoas. São juízos que se vão desenvolvendo a partir das experiências e informação que se possui de pessoas ou grupos, podendo influenciar os comportamentos que se vão construindo ao longo da nossa vida (Martins & Rodrigues, 2004). Tornam-se numa crença quando são generalizados, combinando a cognição com afetividade, levando à formação de atitudes (imagens sociais) (Castro, Diaz & Veja, 1999). Estes acabam por se revelar nas interações sociais, originando uma construção ou representação social e quando se generalizam levam à formação de crenças e mitos. Trata-se, assim do processamento de informação que se converte numa categoria cognitiva onde tem lugar o auto-estereótipo (sobre si mesmo) e o hetero-estereótipo (sobre os outros) (Matsumoto & Juang, 2004).

Shin & Kleiner (2001), defendem que a irracionalidade do estereótipo tem essencialmente a ver com o seu carácter rígido e inflexível, mesmo face a eventuais evidências racionais que o contradigam, e não propriamente com o seu conteúdo (que pode até não remeter para informações falsas, mas apenas deficientemente processadas).

Os estereótipos têm como função reduzir a incerteza e organizar a realidade envolvente, tornando-se eles mesmos elementos «reais» constituintes desse mesmo meio, e tendentes a produzir efeitos sociais (Yim, e Harris, 2002).

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

estereotipização. O estereótipo é armazenado na memória, influenciando as percepções e os comportamentos em relação ao grupo e aos seus membros (Oliveira, 2007).

Se por um lado o estereótipo facilita a interação social, por outro pode constituir uma barreira: os indivíduos tendem a selecionar cognitivamente o que confirma o estereótipo e ignorar o que o contraria - a denominada 'ilusão de autopredição'. Ocorre quando se interpretam e relembram informações que confirmam o estereótipo que se possui (Dovidio *et al.*, cit. em Neto, 1998).

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

1.2.3. Modelos Teóricos Explicativos na Formação dos Estereótipos

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

Teoria da Identidade Social

Henri Tajfel (cit. in Rupp, Vodanovich & Credé, 2005), 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 John 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 (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 & Schadron, 1994), existindo por isso uma relação entre os processos psicológicos e o contexto social (Ferreira, 2000).

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 (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).

Este processo de alcance de uma *identidade social* positiva promove a diferenciação, e uma visão despersonalizada dos membros do grupo exterior, motivando atitudes e ações discriminatórias em relação a outros grupos (Prette & Prette, 2003).

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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 ações do grupo. Segundo Tajfel (*cit. in* Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994), 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.

I. 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 ações do sujeito (Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

Aqui, os sujeitos categorizam-se em função de estereótipos partilhados que definem o grupo, em contraste com grupos exteriores (Postmes, Haslam & Swaab, 2005). Ocorre assim, segundo Turner (*cit. in* Verissimo, 2002), um processo de auto-estereotipia, de despersonalização do “eu” individual a favor do “eu” coletivo, 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. A despersonalização, segundo Turner *et al* (*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 ação coletiva.

II. A teoria das Representações Sociais

Este conceito de Representações surge pela primeira vez na sociologia, com Durkheim, em 1898, com a noção de Representações Coletivas. Este conceito defende a ideia de que a condição para a existência de todo o pensamento organizado é a vida social. Segundo as representações coletivas, 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).

Partindo da noção de que as representações coletivas se geram na interação social, em 1961, o Psicólogo Social Serge Moscovici, apresenta o conceito de Representação Social, com o objetivo de procurar uma explicação da origem e natureza do pensamento social

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

(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).

Moscovici (2003) aponta para a existência de três eixos, a partir dos quais se estruturam as componentes de uma representação social: a *atitude*, a *informação* e o *campo de representação*. A *atitude* foca-se na orientação global do comportamento face ao objeto da representação, a *informação* refere-se aos conhecimentos que se tem sobre o objeto representado, e varia consoante os grupos sociais, os meios de acesso à informação e os diversos objetos. O *campo de representação* diz respeito à organização e hierarquização dos elementos que constituem a própria representação social, refere-se à forma como esses elementos se estruturam.

Em relação à estrutura das representações sociais, Moscovici (2003) apresenta-as em duas faces indissociáveis *como uma folha de papel*, que possui frente e verso. Uma face figurativa e outra simbólica num processo de objetivação e ancoragem.

A objetivação consiste numa transformação de conceitos abstratos ou de objetos estranhos em experiências e materializações concretas (Deschamps & Beauvois, 1996).

Assim, os elementos da representação organizam-se e a observação transforma-se em realidade percebida (objeto social), criando um substrato de informação (materialização).

A ancoragem é um processo de formação das representações sociais que assenta no princípio da familiaridade, que dá sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão, um caminho inverso da objetivação, em que os grupos sociais convertem o objeto social (por exemplo, a velhice) em sistemas científicos, quadro de referências, rede de significados, valores e conceitos (por exemplo, o idadismo).

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

Uma representação social resulta da interação entre os indivíduos, sendo um conjunto de explicações e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos e que permitem a evocação de um objeto. A definição de representação social é muito próxima da de imagem social. Contudo, diferenciam-se, pois a representação social é a imagem social determinada pelo processo de perceção e interpretação, uma vez que o conjunto cognitivo, que constitui o conteúdo da representação social, permite apreender e interpretar o meio social (o que dá origem à imagem social). No entanto, quando a imagem social já se encontra relacionada com um dado objeto, não é passível de ser transferida para outro, enquanto que uma representação social já permite esse tipo de generalização.

Neste sentido, uma representação social é perspectivada a partir das experiências individuais dos sujeitos, das informações, saberes e modelos de pensamento, que são recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social, e que constitui o conhecimento do senso comum. Sendo este um conhecimento socialmente partilhado e

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

prático que visa dominar o meio social e físico dos indivíduos, bem como compreender e explicar os fenômenos do seu universo vivencial (Correia, 2004). 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).

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

Tabela 3 - Funções Atribuídas às Representações Sociais

Funções atribuídas às Representações Sociais
- Explicam decisões ou comportamentos de um indivíduo ou grupo (Abric, 2004, in Castro, 2007); (Vala, 2002 in Castro, 2007); (Abric, in Bôas, 2004);
- Orientação de comportamentos e de relações sociais (Jodelet, in Castro, 2007); (Abric, in Bôas, 2004);
- Permite ao sujeito tornar a realidade compreensível para si e permite a integração daquilo que é novidade (Jodelet, in Castro, 2007); (Vala, in Castro, 2007); (Abric, in Bôas, 2004);
- Diferenciação de grupos sociais (Vala, in Castro, 2007);
- Definem a identidade do grupo (Abric, in Bôas, 2004).
- Classificar os acontecimentos da vida social a partir da interpretação grupal, permitindo ações relativamente a esses acontecimentos (Wachelke & Camargo, 2007).

III. A teoria da Cognição Social

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

Um dos pressupostos desta teoria, é que existe estruturas de conhecimento que afetam 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 ativa da realidade social (Ferreira, 2000).

Uma diferença entre esta teoria e a teoria da identificação social, é que esta última 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 (*cit in* Santos, 2008), 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, 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.

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, elaboração

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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

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

IV. *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, ativando 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 atividades 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 receção, codificação, transformação e armazenamento na memória, para posterior recuperação e utilização (Castañon, 2006).

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, atuando 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 (*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. Assim, as informações são organizadas, de forma a tornar as características de uma determinada categoria mais facilmente recuperadas na memória. Conforme os estereótipos influenciam a evocação de informações armazenadas na memória, também influenciam o julgamento do alvo. Aqui, a confirmação do estereótipo, torna-se o fim mais provável (Santos, 2008).

Portanto, 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).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

2. 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.

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 *et al*, 2008; Almeida & Cunha, 2003).

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 inatividade, gerando crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, fracas e inúteis (Catita, 2008). Assim, atualmente 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 (Menocchi, 2009).

O mundo social e humano raramente nos é apresentado objetivamente, sem apresentar adjetivações (muitas vezes estereotipadas), ou seja estereótipos, que são percepções (representações sociais) extremamente simplificadas (sem reflexão crítica) e geralmente com ausência de matrizes (Martins & Rodrigues, 2004).

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

(Martins & Rodrigues, 2004, p. 250).

Este problema surge quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional.

Quando este é caracterizado pela decadência física, pela ausência de papéis sociais, encarando-se o idoso como um indivíduo inútil e fraco (Elsner, Pavan & Guedes, 2007). 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 *et al.*, 2009).

“A rejeição e rotulagem de um grupo em particular de indivíduos desenvolve-se porque as características individuais com traços negativos, são atribuídas a todos os indivíduos desse grupo. Assim a palavra «velhote» descreve sentimentos ou preconceitos resultantes de micro-concepções e dos «mitos» acerca dos idosos. Os preconceitos resultantes envolvem geralmente crenças, de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inativas, fracas e inúteis” (Martins & Rodrigues, 2004, p. 250).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Como foi dito, têm-se gerado falsas crenças relativamente aos idosos, e isto, 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).

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).

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 revelam interesse pelo que os rodeia, gostam de estar atualizados 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, pelo contrário faz parte das diversas etapas da vida de cada um de nós. Muitos idosos cuidam de si, vivendo ativos e saudáveis (Castro, 2007). O fato de a maioria dos idosos ter alguma doença não significa que sejam incapazes de ser autónomos (Filho, Koch, Bisinelli, 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 & França, 2007). O envelhecimento normal não prejudica as faculdades mentais do idoso (Catita, 2008).
Os idosos vivem sós e na infelicidade	Pelo contrário, os estudos mostram que um grande número de idosos mantêm laços de amizade, permanecem em contacto estreito com a família e participam regularmente em atividades sociais. Centros de convívio e Universidades de terceira idade, têm sido procurados pelos idosos para realizarem atividades de socialização e aprendizagem (Castro, 2007; Filho, Koch, Bisinelli, Moysés & França, 2007).
Muitos idosos estão institucionalizados	A maioria dos idosos estão em casa ao cuidado da família, de si mesmos e/ou de instituição de apoio. Só uma pequena percentagem vive em ambiente institucional (Berger, 1995).
Os idosos não se interessam pela atividade sexual	Autores referem que os idosos gostam de partilhar carinho, afeto 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 & França, 2007). A assexualidade não é típica do

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Os idosos são inúteis para a sociedade e incapazes no trabalho	envelhecimento e não se aplica a todos os idosos. Pelo contrário, trabalhadores idosos são mais assíduos ao trabalho, sofrem menos acidentes e têm um rendimento mais constante relativamente a trabalhadores mais jovens (Castro, 2007). Apesar da diminuição da percepção e da velocidade de reação, a maioria geralmente desempenha as suas funções tão bem como os jovens (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés & França, 2007).
Os idosos são conservadores e incapazes de mudar	É verdade que as pessoas quando envelhecem são mais estáveis, contudo os idosos não recusam totalmente a mudança. As pessoas possuem suficiente plasticidade cognitiva, afetiva e emocional para assimilar os processos adaptativos impostos pela velhice, podendo, enriquecer e modificar os seus comportamentos. (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés & França, 2007). Quando surgem situações novas, são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas (Castro, 2007).
Os idosos são todos iguais	Pelo contrário, à medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspetos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, etc.). A velhice é um período vivenciado de forma diversificada nas diferentes classes sociais e, o ritmo do envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo (Castro, 2007; Filho, Koch, Bisinelli, Moysés & França, 2007).
É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo	Os idosos têm plenas condições para aprender, porém com velocidade mais reduzida, podendo apenas demorar algum tempo a assimilar a nova informação (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés & França, 2007).
Os idosos tendem a ser mais religiosos com a idade	A geração atual de pessoas mais idosas tende a ser mais religiosa que os jovens, porém, para Faria & 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 & França, 2007)

A análise destes “ dados” permite-nos afirmar que a maioria destes estereótipos estão relacionados com fatores socioeconómicos e não com características específicas do envelhecimento. Refletem muitas vezes o desconhecimento acerca do processo de envelhecimento e influenciam a forma como a sociedade interage com a pessoa idosa e até a maneira como o idoso encara a sua situação pela dificuldade em reconhecer e desenvolver as suas potencialidades.

Surgem na literatura outros estereótipos relacionados com os idosos, que os colocam dependentes não só fisicamente, como também financeiramente, e com dificuldades de memória (Filho, Koch, Bisinelli, Moysés, Moysés & França, 2007). Segundo Catita (2008), existe ainda a ideia de que a velhice corresponde a uma “segunda infância”, quando existe

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

um aumento da dependência e perda de autonomia, conduzindo a uma redução do seu estatuto social (Catita, 2008).

A representação que o profissional possa ter do idoso, como sendo sempre uma pessoa doente e frágil, leva o profissional a fazer uma avaliação e intervenção numa perspectiva reducionista e não numa perspectiva biopsicossocial. É importante a mudança de mentalidades de forma a permitir o reconhecimento deste grupo etário como heterogéneo, com necessidades individualizadas. Uma avaliação apropriada deverá permitir a identificação de problemas, a determinação de objetivos e a implementação dos cuidados a prestar.

A prestação dos cuidados e o respeito pelas necessidades fundamentais da pessoa humana são a razão de ser das profissões que têm por base a relação de ajuda.

Segundo Martins & Rodrigues (2004), podemos então dizer que os estereótipos cegam os indivíduos, impedindo-os de se precaverem das diferenças que existem entre os vários membros, não lhe reconhecendo, deste modo, qualquer virtude, objeto, ou qualidade. Tornam-se inevitavelmente elementos impeditivos na procura de soluções precisas e de medidas adequadas, tornando-se urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando os cidadãos a adotar medidas e comportamentos adequados face aos idosos". (Martins & Rodrigues, 2004, p. 253).

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 (Cuddy, Norton & Fiske, 2005).

Através de uma revisão de estudos efetuada por Lehr (cit in Magalhães, 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 refletem também a tendência para estudar esta problemática, visto que diversos autores (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002; Ferrreira-Alves & Novo, 2005; Paúl & Fonseca, 2005) estudaram os estereótipos, a discriminação e as imagens da velhice e do envelhecimento na população portuguesa.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

3. Atitudes face à Velhice/Idoso

Todos os profissionais são membros de uma sociedade e, por isso partilham os seus valores, expectativas e atitudes (Choi & Dinse, 1998). Os médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social, educação social, são grupos de profissionais que mais prestam cuidados e apoio a pessoas idosas, em diversos contextos. Apesar da vasta literatura sobre imagens da velhice e do envelhecimento, ainda há poucas referências específicas às atitudes que estes profissionais têm.

Desde o princípio do século que a importância teórica do conceito de atitude tem constituído a atenção de inúmeros pesquisadores da área da psicologia social. Este conceito, tem vindo a desempenhar um papel central na explicação do comportamento social. Poucos conceitos foram alvo de tanta atenção em psicologia social como o de atitude, mas mesmo assim este continua difícil de definir, pois a atitude é considerada como um constructo hipotético, não observável diretamente, mas inferível a partir de respostas que se podem medir e que refletem avaliações positivas ou negativas sobre o objeto da atitude.

Durante muitos anos as atitudes foram definidas como envolvendo sentimentos, crenças e modos de agir. Recentemente as teorias desenvolvem uma conceção das atitudes com avaliações e estas relacionam-se de modo complexo, com crenças, sentimentos e ações (Lima, 2002).

A palavra atitude, na linguagem comum, está muito ligada à postura física, à forma de estar e de se comportar, embora por vezes apareça ligada à forma de pensar, atitude mental, à intenção de um procedimento. Esta ambiguidade vem da origem latina que une dois termos: a palavra *actus*, que significa ato, ação e *aptitudo* que significa aptidão.

Através da aprendizagem (observacional, experiência direta), e da influência direta pelas pessoas ou grupos significativos, assim como dos meios de comunicação, é que se formam as atitudes.

A forma como se *fala* da velhice e do envelhecimento tem um papel importante no funcionamento das pessoas idosas, assim: quando são mencionadas como inteligentes ou competentes, o reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Sousa, 2006). O impacto das atitudes face à velhice e ao envelhecimento nos não idosos revela-se principalmente, na forma como encaram a sua (futura) velhice. Os idosos representam para os mais novos a ameaça do *próprio destino*: diminuição da beleza, saúde, sensações e aproximação da morte.

Diversos efeitos do *ageism* para as pessoas idosas têm sido descritos na literatura (Sousa, 2006): isolamento da comunidade e institucionalização desnecessária; redução do sentimento de auto-eficácia, diminuição do rendimento e stress cardiovascular; contributo para os maus-tratos dos idosos.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são muitas vezes negativas e, em parte, são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem todo o envelhecimento. Estas atitudes negativas existem em todos os níveis sociais: intervenientes, beneficiários, governantes, etc. (Berger, 1995).

Segundo a mesma autora, como indivíduos inseridos numa sociedade, os profissionais que trabalham com idosos também são influenciados pelos seus elementos sociais, não assumindo todos o mesmo tipo de atitudes. Geralmente identificam-se sete atitudes ligadas ao envelhecimento nos profissionais, que são:

1. Visão realista do envelhecimento;
2. Visão que nega os efeitos do envelhecimento;
3. Ansiedade relativamente à velhice;
4. Distância social em relação aos idosos;
5. Aumento do sentido das responsabilidades perante os idosos;
6. Menor responsabilização individual do que social;
7. Presença de estereótipos ou de preconceitos desfavoráveis.

Os nossos comportamentos perante o idoso podem refletir atitudes positivas ou negativas, as quais influenciam as nossas relações com a pessoa idosa. Das positivas destacamos o respeito, a confiança e a luta contra as atitudes negativas como a gerontofobia, o idadismo (“*ageism*”), o automorfismo social e a infantilização ou “bebeísmo” (Berger, 1995).

A **gerontofobia** é “o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice”, sendo portanto uma atitude muito negativa. Comportamentos desfavoráveis e negativos como a recusa, apatia e indiferença estão patentes neste tipo de atitude. A nível dos profissionais a gerontofobia está presente na infantilização dos utentes idosos e no excesso de autoridade, a opinião dos idosos é normalmente ignorada, não são tidos como confiáveis e são muito protegidos. Os idosos também podem revelar este tipo de atitudes, nomeadamente as mulheres que se sentem desgostosas com o seu envelhecimento.

O **idadismo** ou “*ageism*” reporta-se a todas as atitudes negativas e formas de discriminação com base na idade e que estão largamente incutidas na sociedade; das quais destacamos o preconceito de que ser velho é ser doente. Um dos exemplos mais flagrantes de “*ageism*” na nossa sociedade torna-se evidente na atitude que muitos médicos revelam quando dizem a um idoso que a dor que sente num determinado membro está necessariamente relacionada com o envelhecimento.

O **automorfismo social** define-se como “o não reconhecimento da unicidade do idoso”.

A **infantilização** ou “bebeísmo” é usada sobretudo quando os idosos perdem a sua autonomia e independência. Uma das formas mais evidentes de infantilização por parte dos

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

profissionais é o tratamento por “tu”, uso de diminutivos e o planeamento de atividades sociais e/ou recreativas, inadequadas às necessidades do idoso (Berger, 1995).

Existem alguns elementos sociais capazes de influenciar as atitudes perante a velhice e os idosos, de entre os quais destacamos: perda de aparência física, proximidade da morte, aumento da dependência, comportamento lento, imagens positivas ou negativas difundidas pela imprensa (Berger, 1995).

Mais especificamente na interação profissional-idoso, existem imagens/ atitudes (Palmore, 1999), designadamente: as pessoas idosas são rígidas, têm dificuldades em mudar, apresentam deterioração das capacidades mentais, são doentes, estão cansadas, são incompetentes, tristes e têm falta de interesse pela interação social. Tal leva a que os profissionais não acreditem que as suas ações e/ou cuidados no âmbito da saúde vão ter sucesso, tornando-se mais fácil rotular e estigmatizar, de forma a justificar a escolha de determinadas ações. Assim, utilizam-se meios técnicos/científicos sofisticados e dispendiosos, usa-se com mais frequência o suporte da farmacologia e as técnicas que acarretam maior gasto de força física e tempo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A comunicação interpessoal também é afetada através da utilização de um discurso de infantilização para promover a relação e ajuda, tornando-os mais dependentes e excluídos.

Como já foi referido anteriormente, os profissionais fazem parte de um contexto social onde se desenvolveram. Desta forma sofrem inevitavelmente essa influência (Diniz, 2002). A forma como os idosos e os profissionais encaram e prepararam a velhice e envelhecimento é um fator importante, no estabelecer de políticas e meios no ponto de vista assistencial e no seu impacto de participação social. A promoção de atitudes positivas do envelhecimento constitui uma forma importante da promoção da visão da pessoa idosa numa sociedade *velhista*. Permitem que as normais necessidades associadas ao envelhecimento fisiológico não signifiquem apenas o aumento da incapacidade física ou mental, e possibilitam a elaboração de normas de comportamento adequado a idade em torno de um estilo de vida ligado ao lazer (Sousa, Galante & Cerqueira, 2002).

É pertinente que de futuro os não idosos comecem cedo a contactarem com a complexidade destas imagens, para se poder atuar na reformulação destes estereótipos. Uma adequada formação/educação profissional e um contacto inicial intergeracional poderão facilitar a construção de um envelhecimento bem-sucedido (Hummel, 1995).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

4. Formas de estereotipização e Discriminação do Idoso

4.1. Idadismo e Velhismo

O envelhecimento está a produzir uma série de problemas sociais a vários níveis, que muitas vezes são complexos e de difícil deteção. Um desses problemas é a discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com os idosos e/ou difundidos através dos meios de comunicação (Ferreira-Alves & Novo, 2006).

A discriminação relacionada com a variável idade, atinge proporções que permite a todos (idosos e não idosos) construir imagens com base nessa característica e em todas as que lhe estão associadas, originando o termo: o idadismo (*ageism*).

Busse (1968) descreveu o estereótipo e percepção negativa dos idosos na sociedade norte americana, mas foi Butler (1969) que introduziu o conceito “*ageism*”, que tem sido traduzido para a língua portuguesa por idadismo. Segundo Butler (1969) o idadismo constitui uma descrição cronológica, um processo sistémico de estereotipagem e discriminação baseada na idade, em geral, uma discriminação social negativa dos idosos.

No início o idadismo referia-se à discriminação dos idosos, mas com o progresso da ciência, acabou por remeter para a discriminação baseada na idade, assim, parece-nos que este conceito, aplicado à velhice e ao envelhecimento, na caracterização do automorfismo social, no não reconhecimento da unicidade do idoso e na gerontofobia (o medo irracional de tudo que se relacione com o idoso/envelhecimento) não será o mais adequado (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Será mais bem conceptualizado pelo termo *velhismo*, ou seja, a discriminação em relação aos mais velhos, quer pelos da mesma idade, quer pelos outros grupos etários.

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).

A nível social, o grupo dos idosos, é melhor identificado pelo termo *velhismo*, isto é, as imagens referentes à velhice. “A sociedade tem os idosos que cultivou e cada tipo de organização socioeconómica e cultural é responsável pelo e pela imagem do seus idosos” (Salgado, 2000). Esta cria padrões de orientação que levam os indivíduos a serem socialmente aceites da forma que a sociedade impõe e não da forma que estes pretendiam. Os não idosos e os idosos são responsáveis pelas imagens que se vão elaborando e construindo sobre a velhice.

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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 ao 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).

O Idadismo pode trazer várias consequências para o idoso, nomeadamente: isolamento, institucionalização, diminuição do sentimento de auto-eficácia, diminuição da atividade, 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.

Face a isto, é muito importante, que sejam tomadas medidas de modo a diminuir este tipo de atitudes e conceções para com os idosos, procurando ao mesmo tempo um aumento do bem-estar e qualidade de vida do idoso. Uma destas medidas é a atuação com gerações mais jovens, pela transmissão de informações, para a adoção 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 objetivos a formação de técnicos, ou o estabelecimento de relações informais, pedagógicas ou lúdicas, entre crianças e idosos (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006).

CAPITULO III

1. Estado da arte sobre estereótipos em relação ao envelhecimento

Segundo Tukman & Lorge (*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-dimensionalidade do envelhecimento (Ribeiro, 2007; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Isto poderá igualmente ser verificado nos estudos encontrados a respeito desta temática.

1.1. Estudos Internacionais

No domínio dos estudos encontrados a nível internacional, a maioria focava sobretudo a perceção 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 atividades 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, *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 ativas, que podem trabalhar e realizar várias atividades 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, *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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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 *cit. in* Castro, 2007) e como sendo símbolo de experiência e sabedoria (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000) e (Newman, Faux & Laurimer, *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 objetivo a comparação das concepções sobre a velhice, entre indivíduos jovens e idosos. Um estudo realizado por Cornelia Hummel (*cit in* Silva, 2006), com adultos (entre os 25 e os 40 anos), e sujeitos idosos, com idades compreendidas entre 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 declínio (Heckhausen, Dixon & Baltes, *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.

Fitzgerald *et al.* (2003) relataram ter encontrado repertório muito baixo de conhecimentos, baixo interesse por geriatria e atitudes moderadamente negativas entre ingressantes de medicina, mas que contactos prévios com idosos e atitudes positivas relacionam-se positivamente com interesse pela área. Neri & Jorge (2006) fizeram um estudo de levantamento com 277 alunos de graduação de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem para conhecer seus conhecimentos e atitudes em relação a idosos. Como resultados, obtiveram que os mais jovens, as mulheres e os que conviviam com idosos apresentaram atitudes mais positivas; baixo nível de acertos no teste de conhecimentos básicos; os alunos de Enfermagem, Educação Física e Medicina, que haviam estudado algum tópico ou disciplina sobre velhice, tiveram mais acertos; houve correlações positivas e significantes entre atitudes e conhecimentos em relação à velhice.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Stuart-Hamilton (2000) verificou as atitudes em relação à velhice entre 89 alunos de um curso de psicologia que estavam fazendo estágio em gerontologia. Os resultados apontaram respostas com tendência neutra para os aspectos de envelhecimento psíquico e com tendência negativa para questões relacionadas ao aspecto económico. No Brasil, foram obtidos resultados similares. Utilizando-se de uma escala diferencial semântica, Freire, Areais & Rabelo (2001) investigaram as atitudes de estudantes universitários das áreas de saúde e de ciências humanas em relação à velhice. Foram sujeitos 200 estudantes que desenvolviam atividades práticas com pessoas idosas (160 da área de saúde e 40 da área de humanidade). As respostas da maioria dos sujeitos foram moderadamente positivas, tendendo ao ponto central da escala, o que indicou uma tendência geral positiva. No entanto, foi verificada uma tendência moderadamente negativa em relação à perspectiva pessoal de envelhecimento. No mesmo contexto, Freire, Rabelo & Areais (2001) verificaram as atitudes de estudantes de medicina em relação ao idoso e à velhice pessoal. Os dados foram recolhidos com 12 alunos do curso de medicina que já desenvolviam estudos gerontológicos e realizavam seus estágios com idosos. As autoras verificaram que os participantes vêem de forma positiva a sua própria velhice, mas, quando se trata do idoso em geral, tendem a dar respostas próximas ao ponto neutro da escala.

Polizzi e Steitz (1998) relatam que as mulheres educadoras apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice do que homens educadores. Homens e mulheres mais velhos apresentaram atitudes mais favoráveis perante a velhice e ao envelhecimento do que os mais novos. Os autores sugerem que quanto maior o grau de formação e de conhecimento gerontológico, maior a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice. No entanto, analisam, a convivência com pessoas mais velhas contribui para atitudes mais positivas.

Os estudos internacionais realizados apenas com a população idosa podem ser observados na tabela 5.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 5 - Estudos Internacionais referentes às concepções de Envelhecimento e de Idoso

Autores	Objetivo	Instrumento	Amostra	Principais resultados
Araújo, Coutinho & Saldanha (2005)	Estudar as representações sociais da 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-afetivo; - Para as idosas, a velhice é um momento “feliz” da vida.
Araújo, Coutinho & Santos (2006)	Estudar as representações sociais da 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 & Portella (2007)	Conhecer a percepção do envelhecimento	Entrevistas qualitativas	Idosos dos 62-78 anos	-Incapacidade em efetuar 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 & Thorfen (2005)	Aumentar os conhecimentos sobre o envelhecimento	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 experiencias 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	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 & Camargo (1999)	Estudar as representações sociais sobre a velhice, idoso e 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; inatividade e isolamento social. Também associam a experiencia e capacidades intelectuais; Corpo visto como uma máquina velha, que incomoda;
Areosa (2004)	Estudas as representações sociais da	Questionário e Entrevistas	150 Idosos a partir dos 60 anos de idade	- Para as idosas, os homens são desleixados, não se cuidam, e tornam-se inativos. As mulheres consideram que são mais ativas, que cuidam mais da aparência física e da saúde.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

	velhice em idosos de Grupos de Convivência.			<ul style="list-style-type: none"> - 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 das atividades sociais.
Murillo, Correa & Aguirre (2006)	Conhecer as representações sociais do envelhecimento relacionado com o processo de saúde e doença.	Entrevistas	20 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos.	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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;
Sijuwade (2009)	Compreender a imagem que o idoso tem de si próprio e do envelhecimento	Questionário e "AgingQuiz"	25 Idosos (60-75 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção do envelhecimento predominantemente negativa; - Imagem do idoso como sendo dependente;
Frumi & Celich (2006)	Conhecer o significado de envelhecimento e de morte	Entrevista	5 Idosos de Grupos de Convivência	<ul style="list-style-type: none"> - Fase de experiências acumuladas, maturidade, liberdade de crescimento pessoal;
Souza & Cardoso (2007)	Avaliar o conhecimento gerontológico	Questionário Palmore-Neri-Cachioni	Académicos matriculados no curso de Fisioterapia da UCG e que estivessem a frequentar o nono período	<ul style="list-style-type: none"> - Observou-se que a população estudada apresenta pouco conhecimento gerontológico, com menor número de acertos no domínio social, sendo os homens a população que apresentou maior número de acertos. - Apontam a necessidade de um despertar académico para o conhecimento das especificidades do envelhecimento, visando uma assistência integral e humanizada.
Cachioni & Aguilar (2008)	Verificar crenças em relação à velhice	Escala de Crenças em Relação à Velhice	47 Alunos graduados, 7 funcionários e 15 docentes	<ul style="list-style-type: none"> - Houve diferença significativa entre alunos da graduação e professores. Os graduados apresentaram tendências mais positivas nos domínios de relacionamento pessoal. - São positivas as crenças em relação à velhice dos alunos da graduação, dos

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Gasquez, Fuentes, Fernandez, Gonzalez, Ruiz & Diaz (2009)	Determinar o nível de concordância com uma série de estereótipos presentes na sociedade	Questionário	806 Pessoas divididas em 4 grupos. (Jovens (21-30 anos) e idosos (55-90 anos))	funcionários e dos docentes pertencentes às instituições investigadas. Os resultados revelam o baixo grau de concordância com as afirmações: - A impotência é geralmente psicológica, mas em idosos, é devido à idade; - Pessoas mais velhas não beneficiam muito da educação, devido aos deficits cognitivos; - Picos de inteligência ao redor dos 30 anos de idade e depois diminui gradualmente; - Cedo ou tarde, os idosos tornam-se senis. Estes não podem ser ajudados pela psicoterapia; - A personalidade é relativamente estável na idade adulta; - Os colapsos nervosos são devidos à menopausa.
Polizzi & Steitz (1998)	Descrever as características socioprofissionais; verificar crenças em relação à velhice; verificar aspectos de motivação profissional.	Questionário Escala diferencial semântica; Escala de desenvolvimento social;	102 Educadores de Universidades da Terceira Idade	- As mulheres apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice do que os homens. - Os mais velhos apresentaram atitudes mais favoráveis perante a velhice e o envelhecimento do que os mais novos. - Os autores confirmam que quanto maior o grau de formação e de conhecimentos gerontológico, maior a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice. - A convivência com pessoas mais velhas contribui para atitudes mais positivas.
Fitzgerald et al (2003)	Avaliar o interesse dos alunos de medicina em geriatria	Escala de atitudes Geriatria	Alunos de medicina da Universidade de Los Angeles e California	Verificaram que estes possuíam um baixo nível de conhecimentos, fraco interesse por geriatria e atitudes moderadamente negativas. - Concluíram, ainda que, contactos prévios com idosos e atitudes positivas estão relacionadas positivamente, com o interesse pela área.
Neri & Jorge (2006)	Verificar crenças em relação à velhice	Escala diferencial semântica	277 Alunos de Pedagogia, Ed. Física, Medicina e Enfermagem	- Os mais jovens, as mulheres e os que interagiam com idosos, eram os que apresentavam atitudes mais positivas. - Os alunos que tinham tido disciplinas sobre envelhecimento, tiveram mais acertos no questionário de conhecimentos, havendo correlações positivas e significativas entre atitudes e conhecimentos em relação à velhice.
Chew & Greenhill (2006)	Explorar as atitudes de enfermeiros que trabalham num serviço de saúde	Escala de Kogan (KOPS), e de conhecimentos	31 Enfermeiros	- Verificaram uma atitude positiva destes profissionais face aos idosos e um défice de conhecimentos sobre os mesmos, referindo inclusive, que no nível de conhecimentos estava aquém do esperado para a amostra em questão. - Constataram ainda que, elevados scores no questionário de conhecimentos, correspondiam a atitudes mais positivas.
Doherty, M.,	Explorar as	Kogan's	190 Profissionais	- A maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos,

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Mitchell, E. & O'Neil, S. (2011)	atitudes realizadas por profissionais de saúde em relação à população idosa rural	Attitudes towards Older People Scale [KOP] (1961)	que cuidam de idosos num meio rural	tendo sido encontradas diferenças significativas entre as atitudes dos indivíduos com educação universitária e os sem qualificação superior, isto é, os primeiros apresentavam atitudes mais positivas que os segundos.
Couto & Koller (2009)	Identificar os tipos predominantes de discriminação contra idosos	Questionário bio sociodemográfico e <i>AgeismSurvey</i>	111 Pessoas com idades entre 56-85 anos	- Revelaram que os tipos de discriminação predominantes foram os relativos aos contextos sociais e de saúde. Quanto ao nível de stress, a maior parte dos itens apresentou uma baixa média de stress. Isso pode indicar que a vivência de discriminação nem sempre se associa explicitamente ao stress.
<p>Outros estudos (Medrado, <i>in</i> 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.</p>				

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

1.2. Estudos Nacionais

Ao nível dos estudos nacionais, estes parecem ser reduzidos, 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 experiência 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 detetada 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, experiência e conhecimento (Catita, 2008). O idoso surge também associado a abandono, a 2ª infância, como alguém que necessita de muita atenção e carinho, é “rabugento” 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, afetividade e a incompetência.

Um estudo realizado por Marques, Lima & 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, ativos, 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 6 podem ser encontrados alguns estudos portugueses realizados com a população idosa, inclusivamente o estudo atrás referido.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 6 - Estudos nacionais referentes às concepções de Envelhecimento e de Idoso

Autores	Objetivo	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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ter experiência, maturidade e dignidade, acumulação de experiências; maior capacidade de prever conseqüências;
Coelho (2008)		Entrevista	12 Idosos voluntários da delegação Corpo Amarelo	<ul style="list-style-type: none"> - 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 & Novo (2008)	Procurou analisar os atributos estereotípicos de pessoas jovens e idosas	Questionário constituído para avaliar estereótipos	60 pessoas jovens e 60 pessoas idosas	<ul style="list-style-type: none"> - 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 & Galante (2008)	Caracterizar as imagens de idoso e 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)	<p>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, afetividade e atividade, 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.</p>
Alves & Novo (2005)	Conhecer o ponto de vista das pessoas idosas, ou seja, a sua própria	<i>AgeismSurvey</i> (Palmore, 2001).	324 Idosos com idades entre (60-94 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados obtidos com a amostra em estudo indicam que o reconhecimento de discriminação é relativamente frequente entre os participantes.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

	perceção de ocorrências de episódios de discriminação.			
Marques, I (2005)			82 Enfermeiros	- A atitude apresentada por estes profissionais era maioritariamente neutra, sendo que, as atitudes positivas se verificaram na dimensão inter-relação com idosos e as atitudes negativas com a inter-relação entre gerações.
Magalhães, C. (2010)	Estudo das imagens da velhice e do envelhecimento em técnicos de serviço social, médicos e enfermeiros	Questionário	375 Estudantes de Ensino Superior	Uma elevada percentagem da amostra concorda com a totalidade dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa. Apesar do predomínio da discordância, alguns dos estereótipos persistem, estes incluem-se na estereotipia de dependência e na estereotipia da decadência da imagem física. Das várias hipóteses traçadas em função das distintas variáveis independentes, constatou-se que o sexo, na idade, e no residir ou não com idosos no local de proveniência, foram as que mais diferenças estatisticamente significativas apresentaram.
Ribeiro (2007)		Questionário socioprofissional e escala ImAges	240 Profissionais	Envolveu enfermeiros, médicos, técnicas de serviço social e engenheiros, mostrou que, os primeiros apresentavam imagens de carácter moderado face à velhice, as técnicas de serviço social demonstram uma imagem mais positiva, enquanto que, os engenheiros apresentavam as imagens mais negativas.
Lucas, Freitas & Monteiro (2011)	Verificação dos estereótipos predominantes na população, partindo de um conjunto de 5 estereótipos referidos por Belsky (2001)	Questionário de estereótipos sobre a velhice (Belsky, 2001)	75 Pessoas com idades 18-87 anos	- Os estereótipos predominantes relacionam-se com a entrada na velhice a partir dos 65 anos e com a presença de problemas de saúde nos sujeitos com idade mais elevada. Torna-se assim impreterível o investimento na melhoria das condições sociais das pessoas mais velhas, consciencializando a população para a realidade vivida nesta faixa etária e desmistificando mitos e pensamentos erróneos sobre a mesma.

PARTE II - PARTE EMPIRICA

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

1. Apresentação do Problema

O atual 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, mas 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).

Palmeirão (2002) também fez notar o vinco que as sociedades e as épocas podem imprimir na conceção sobre o que é ser velho, ao referir que, “as ideias preconcebidas sobre a velhice são o primeiro grande obstáculo à desmistificação de alguns conceitos associados ao idoso, em que a velhice não é mais do que uma doença incurável, um declínio inevitável, onde todas as intervenções para prevenir são ineficazes”.

Alguns autores vão mais longe afirmando que, as atitudes negativas face ao envelhecimento, podem simplesmente estar inerentes a fatores educacionais e apontam que uma das razões para a existência de preconceitos face ao envelhecimento, se deve ao facto de ao longo da história os responsáveis pela nossa incursão ao tema terem raramente transmitido uma imagem positiva desta etapa de vida. (Schachter-Shalomi & Miller, 1996).

Têm surgido diversas abordagens sobre o processo de envelhecimento (Brown & Lewis, 2003; Lima, 2004; Rebelo, 2007), porém, independentemente dessas abordagens, as representações sociais sobre envelhecimento estão, na sua maioria, conotadas por atribuições negativas, onde o idoso surge associado a adjetivos como frágil, dependente, pobre, assexuado, infantil, esquecido (Rebelo, 2007) e associado a doença, senilidade, demência, pobreza, fealdade e a outras ideias estereotipadas (Fernandes, 1996).

Os idosos diferem a nível do estado de saúde dos mais jovens, sendo que o seu comportamento pode variar em função das suas mudanças físicas, sociais e psicológicas associadas a idade (Monteiro & Izal, 1999). Assim, se originam preconceitos negativos na saúde, na aquisição de comportamentos de prevenção e na deteção de factores de risco, o que condiciona a melhoria/promoção da saúde no idoso.

Mais especificamente na interação profissional de saúde-idoso, 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).

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).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Na dinâmica profissional os técnicos de saúde e ação social vivem as suas experiências e atribuem-lhes diversos significados que se repercutem e traduzem a tendência social da época (Diniz, 2002). Os cuidados sociais e de saúde sofrem diretamente uma influência inequívoca da interação entre os profissionais e os idosos.

Estes absorvem, não obstante, uma série de estereótipos da sua origem social, cultural, espiritual e económica.

Tal leva a que os profissionais não acreditem que as suas ações nos mais variados contextos vão ter sucesso, tornando-se mais fácil rotular e estigmatizar, de forma a justificar a escolha de determinadas ações. Assim, utilizam-se meios técnicos/científicos sofisticados e dispendiosos, usa-se com mais frequência o suporte da farmacologia e as técnicas que acarretam maior gasto de força física e tempo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A comunicação interpessoal também é afectada através da utilização de um discurso de infantilização para promover a relação e ajuda, tornando-os mais dependentes e excluídos.

Noutras áreas de tratamento dos idosos, esta visão global e generalizada, “cegam” os indivíduos, impedindo-os de reconhecerem as diferenças (Martins & Rodrigues, 2004).

Como já foi referido anteriormente os profissionais fazem parte de um contexto social onde se desenvolveram, desta forma sofrem inevitavelmente essa influência (Diniz, 2002). A forma como os idosos e os profissionais encaram e prepararam a velhice e envelhecimento é um factor importante, no estabelecer de políticas e meios no ponto de vista assistencial e no seu impacto de participação social. A promoção de atitudes positivas do envelhecimento constitui uma forma importante da promoção da visão da pessoa idosa numa sociedade *velhista*. Permitem que as normais necessidades associadas ao envelhecimento fisiológico não signifiquem apenas o aumento da incapacidade física ou mental, e possibilitam a elaboração de normas de comportamento adequado a idade em torno de um estilo de vida ligado ao lazer (Sousa, Galante & Cerqueira, 2002).

O problema de investigação sobre o qual este estudo se centra, é portanto conhecer e avaliar as atitudes e conhecimentos que os profissionais que trabalham mais com idosos têm da velhice e do envelhecimento.

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

2. Metodologia

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

domínio estudado e abstém-se de recorrer a uma teoria existente para tentar explicar o que observa (Fortin, 2009).

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

No presente trabalho de investigação será feita uma abordagem metodológica do tipo quantitativo, e enquadra-se numa perspectiva descritiva exploratória e transversal.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, a prestação de serviços à população idosa e as atitudes e conhecimentos são fundamentais para a promoção de um envelhecimento saudável. A génese deste estudo, esteve na base da preocupação que tivemos em conhecer os conhecimentos e atitudes que os profissionais que trabalham com Idosos adotam no seu dia a dia.

Com base nestes pressupostos surgem as seguintes questões de investigação:

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

Na procura de respostas para as questões supracitadas, o objetivo geral consiste em conhecer as atitudes e conhecimentos dos profissionais que trabalham com idosos, bem como os factores que influenciam essas atitudes. Nesse sentido foram ainda formulados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os participantes do estudo;
2. Identificar as atitudes que os profissionais apresentam face aos idosos;
3. Analisar a associação existente entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes dos profissionais face aos idosos.
4. Averiguar se as variáveis de carácter profissional influenciam as atitudes dos profissionais face aos idosos.
5. Analisar a relação existente entre os conhecimentos dos profissionais sobre os idosos e as atitudes que desenvolvem no dia a dia.

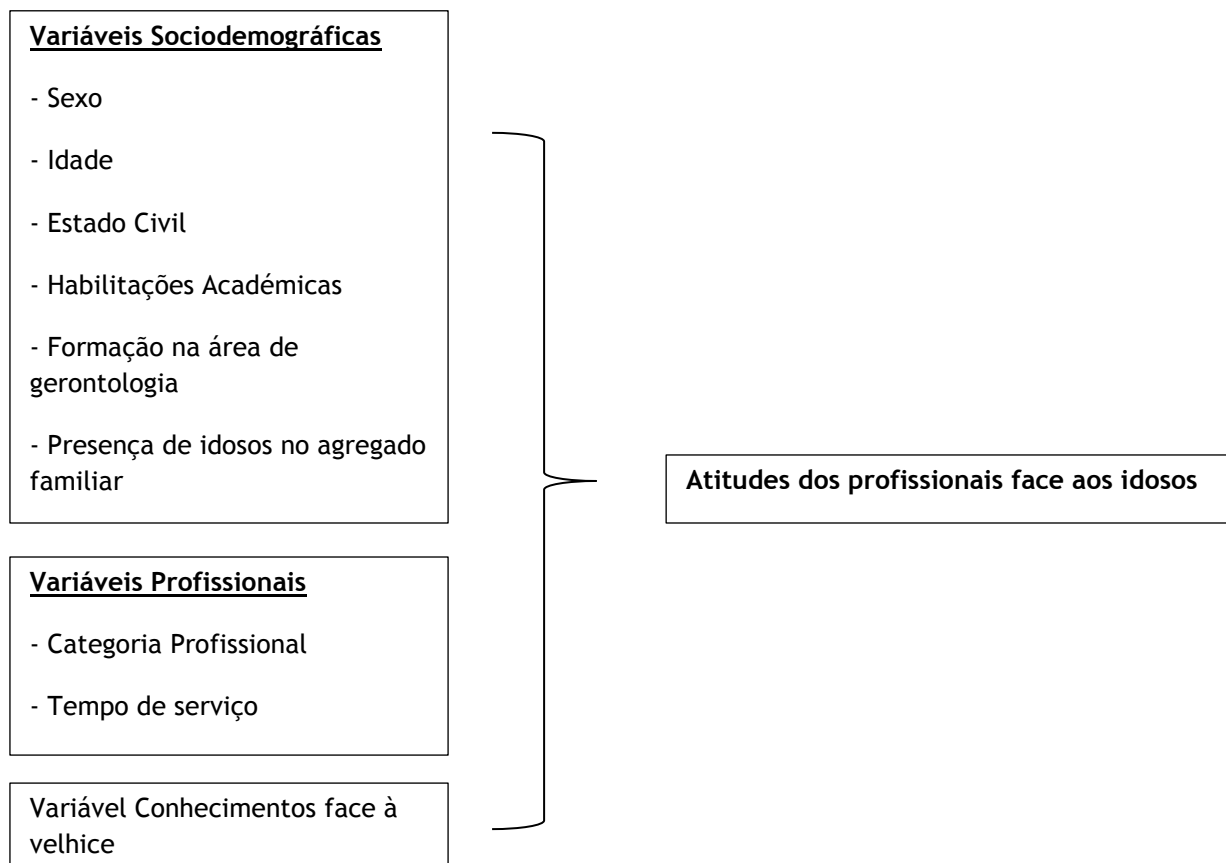
2.1. Variáveis

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Assim sendo sabemos que existem vários tipos de variáveis, sendo que, neste estudo foram consideradas as variáveis independentes e dependentes que apresentamos no modelo conceitual seguinte.

Figura 1 - Modelo Conceitual das Variáveis em Estudo



2.2. Amostra

A população alvo deste estudo inclui essencialmente dois grupos profissionais: os de ação social (educador social, animador e assistente social) e profissionais de saúde (médico, gerontólogo, enfermeiro, psicólogo e outros) a exercer funções em lares da terceira idade no distrito de Viseu.

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Deste modo, a amostra, “fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009), é constituída por 56 profissionais, 16 Educadores Sociais, 5 Animadores Sociais, 17 Assistentes Sociais, 1 Médico, 2 Gerontólogos, 9 Enfermeiros, 3 Psicólogos e 3 outros profissionais não diferenciados. Como critério de inclusão temos, profissionais com exercício profissional em lares de terceira idade.

2.3. Hipóteses de Investigação

Tendo em consideração os objetivos referidos, as hipóteses que este estudo se propõe a analisar são:

- Hipótese 1 (H₁). Existe associação entre a idade e as atitudes dos profissionais face aos idosos.
- Hipótese 2 (H₂). As atitudes dos profissionais face aos idosos estão relacionadas com o sexo desses profissionais.
- Hipótese 3 (H₃). Existe associação entre o estado civil dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos.
- Hipótese 4 (H₄). As atitudes dos profissionais face aos idosos variam conforme a área de residência desses profissionais.
- Hipótese 5 (H₅). Existe associação entre as habilitações académicas e as atitudes dos profissionais face aos idosos.
- Hipótese 6 (H₆). As atitudes dos profissionais face aos idosos estão associadas à sua categoria profissional.
- Hipótese 7 (H₇). Existe associação entre a presença de idosos no agregado familiar dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos.
- Hipótese 8 (H₈). As atitudes dos profissionais face aos idosos estão relacionadas com o tempo de exercício desses profissionais na prestação de serviços/cuidados à população idosa.
- Hipótese 9 (H₉). Existe relação entre os conhecimentos que os profissionais têm sobre os idosos e as suas atitudes.

2.4. Instrumentos

No âmbito deste estudo, dada a sua natureza quantitativa, o instrumento de recolha de dados escolhido foi o questionário, que segundo Fortin (2009) “ o processo de colheita de dados consiste em colher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos participantes”.

Relativamente a este estudo, o instrumento usado envolve um questionário sociodemográfico e profissional, a escala OP de Kogan - Atitudes face aos idosos (1961),

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

traduzida por Elisabete Nunes, 1996) e o questionário para Avaliação de Conhecimentos em relação à Velhice (Palmore, Neri & Cachioni, 2002), aplicados por auto preenchimento (c.f. Anexo 1).

O questionário é constituído por 9 questões fechadas, incidindo em variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, presença de idosos no agregado familiar, área de residência e formação específica na área de Gerontologia) e profissionais (categoria profissional e tempo de serviço).

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

Esta escala possui 34 itens distribuídos por 17 pares de afirmações, 17 positivas e 17 negativas, que permitem avaliar as dimensões da escala (c.f. Tabela 7). Os itens são respondidos numa escala de Likert, através de 6 categorias, pontuadas com os seguintes scores: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Discordo ligeiramente; 4 - Concordo ligeiramente; 5 - Concordo; 6 - Concordo Totalmente.

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

Tabela 7 - Atitudes Face aos Idosos: Operacionalização

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach* para cada um dos itens e para a escala total (c.f. Tabela 8). Para a escala total foi obtido um alfa de *Cronbach* de 0,788, podendo-se confirmar, de acordo com Pestana & Gageiro (2005), que é um alfa de *Cronbach* razoável.

Tabela 8 - Atitudes Face aos Idosos: Consistência Interna (estudo dos itens)

Num. Item	M	Dp	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
1	3,00	1,549	0,059	0,796
2	3,48	1,465	0,339	0,781
3	2,62	1,229	0,418	0,733
4	1,91	1,366	0,635	0,790
5	2,45	1,094	0,502	0,708
6	4,73	1,168	0,046	0,793
7	4,36	1,420	0,364	0,779
8	2,68	1,136	0,363	0,780
9	2,05	1,135	0,345	0,781
10	2,75	0,919	0,352	0,781
11	2,39	1,534	0,386	0,778
12	3,34	1,379	0,369	0,779
13	1,71	1,171	0,443	0,777
14	2,55	1,320	0,313	0,782
15	3,88	1,237	0,148	0,789
16	2,11	1,275	0,280	0,783
17	3,12	1,113	0,374	0,780
18	2,57	1,219	0,452	0,776
19	2,68	1,029	0,427	0,778
20	5,61	0,705	-0,256	0,797
21	3,04	0,990	0,215	0,786
22	3,27	0,963	0,134	0,788
23	5,25	0,899	- 0,117	0,796
24	2,50	1,128	0,311	0,782
25	2,05	1,182	0,275	0,784
26	2,95	1,034	0,087	0,790
27	2,11	0,947	0,421	0,779
28	2,55	1,143	0,437	0,777
29	4,02	1,243	- 0,026	0,796
30	2,34	1,100	0,301	0,783
31	3,86	1,242	0,055	0,793
32	2,41	1,041	0,447	0,777
33	3,16	0,826	0,197	0,786
34	3,21	0,948	0,255	0,784
Alfa de Cronbach Total				0,788

Para avaliar os Conhecimentos em relação à Velhice foi utilizado o Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos Básicos sobre a Velhice. (Cachioni, 2002), versão brasileira do *Palmore Aging Quis* (Palmore, 1977, 1980) e adaptada à população portuguesa por Martins & Pinto (2011).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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

Esta escala é constituída por 25 questões, que admitem uma alternativa considerada correta (c.f. Tabela 9). Para operacionalização deste questionário, neste estudo, sentiu-se a necessidade de serem criados grupos de corte, tendo por base a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005): $M \pm 0,25 Dp$.

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

- Fracos conhecimentos: ≤ 11
- Conhecimentos Moderados: 12-13
- Bons conhecimentos ≥ 14

Tabela 9 - Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice

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

Com o intuito de verificar a homogeneidade e consistência interna do Questionário para Avaliação dos Conhecimentos em Relação à Velhice, para este estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (c.f. Tabela 10). Para a escala total foi obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,805 o que, de acordo com Pestana & Gageiro (2005), é um alfa de Cronbach bom.

Tabela 10 - Avaliação dos Conhecimentos em Relação à Velhice: Consistência Interna (estudo dos itens)

Num. Item	M	Dp	R item-total (s/item)	Alfa de Cronbach (s/item)
1	2,05	0,862	-0,035	0,812
2	2,86	1,381	-0,027	0,820
3	1,82	0,956	0,375	0,797

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

4	2,48	1,452	0,655	0,778
5	3,43	0,568	0,447	0,797
6	1,43	1,059	0,574	0,787
7	2,18	0,897	0,186	0,804
8	2,54	1,235	0,352	0,798
9	3,64	0,749	0,401	0,797
10	2,25	0,919	0,413	0,795
11	2,20	1,102	0,569	0,787
12	1,91	1,325	0,462	0,791
13	2,61	1,201	0,533	0,788
14	1,43	1,059	0,590	0,786
15	2,23	1,335	0,219	0,806
16	2,48	1,321	0,532	0,787
17	2,84	0,532	0,259	0,802
18	2,96	1,334	0,411	0,794
19	3,73	0,646	0,214	0,803
20	2,55	1,060	0,177	0,806
21	1,14	0,353	-0,068	0,808
22	3,50	0,853	-0,037	0,812
23	2,43	1,360	0,387	0,796
24	1,88	1,192	0,393	0,795
25	3,05	1,086	0,323	0,799
Alfa de Cronbach Total				0,805

2.5. 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, bibliografia e instrumentos que pudessem avaliar os conceitos pretendidos. Esta procura por instrumentos foi limitada, visto que os instrumentos utilizados e validados para verificar os estereótipos sobre a velhice e envelhecimento são escassos.

Depois de várias pesquisas teve-se acesso às escalas sendo que não foi necessário entrar em contacto com os autores das escalas, uma vez que estas se encontram publicadas.

Já no mês de Fevereiro, procedeu-se às alterações necessárias do questionário, até 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 numa primeira fase, e posteriormente foram formalizados com ofício às instituições que rapidamente deferiram os pedidos (c.f. Anexo 2).

Os locais onde foram pedidas as autorizações foram: Santa Casa de Misericórdia de Tondela e a Santa Casa de Misericórdia de Vale de Besteiros.

Posteriormente, entre os meses de Março, Abril e Maio, procedeu-se à aplicação dos questionários, onde se utilizou uma amostra do tipo não probabilístico acidental por conveniência. Os questionários foram distribuídos pessoalmente, e por correio electrónico

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

que dava acesso a uma plataforma onde continha o questionário informatizado, solicitando-se o seu auto-preenchimento, sendo garantida a confidencialidade neste processo.

Assim, após o preenchimento dos questionários procedeu-se à sua introdução dos dados numa base de dados e ao tratamento estatístico.

2.6. Procedimentos para Análise de Dados

Todo o procedimento de tratamento e análise estatística de dados foi executado usando a versão 17.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Em primeiro lugar foram feitas as estatísticas descritivas para se caracterizar a amostra, tendo-se, para o efeito, calculado a média, desvio padrão, mediana, moda, pontuação mínima e pontuação máxima, medidas de simetria e achatamento.

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

A consistência interna dos instrumentos usados neste estudo foi calculada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* que é uma medida de fiabilidade interna. O valor do *Alpha* aumenta com um número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes.

Com este procedimento podemos verificar o grau de confiança ou de exatidão da informação obtida, através da verificação do grau de uniformidade e de coerência existentes entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem os instrumentos. O estudo da consistência interna permite estimar a fiabilidade das escalas quando se utiliza um conjunto de itens que se espera que calculem o mesmo atributo (Ledesma, Ibáñez & Mora, 2002). O *Alpha* pode variar entre 0 e 1, considerando-se um bom indicador de boa consistência interna quanto mais o valor se situar perto de 1. Considera-se que um *Alpha* inferior a 0,60 é inadmissível, entre 0,60 e 0,70 é fraco, entre 0,70 e 0,80 é razoável, entre 0,80 e 0,90 é bom e um valor igual ou superior a 0,90 é muito bom (Pestana & Gageiro, 2005).

Seguidamente, estudou-se a normalidade e homogeneidade para averiguar quais seriam as provas mais adequadas, sendo que neste estudo foram utilizadas as duas, paramétricas e não-paramétricas. Estas duas metodologias permitem decidir sobre a eleição das provas estatísticas mais indicadas para analisar os dados deste estudo. As provas paramétricas exigem que a distribuição das pontuações obtidas seja normal. As provas não-paramétricas apresentam uma potência estatística inferior às paramétricas, sendo uma alternativa quando não se tem uma distribuição normal.

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

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

O teste t de Student ou teste U de Mann-Whitney para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais.

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

No que se refere aos níveis de significância utilizados, consideram-se os resultados como: significativos sempre que a probabilidade de erro for inferior a 0,05; muito significativos quando a probabilidade de erro for inferior a 0,01; altamente significativos se a probabilidade de erro for inferior a 0,001 (Cowles & Davis, 2004).

Foi ainda calculado o coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar a relação entre as duas variáveis em estudo sendo que 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 ainda com este autor, a correlação é muito baixa quando o valor é inferior a 0,19; de 0.20 a 0.39, é baixa; entre 0,40 e 0,69 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 $p \leq 0,05$.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

PARTE III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

1. Apresentação dos Resultados

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

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

1.1. Análise Descritiva

Neste subcapítulo irão ser apresentados e analisados sob o ponto de vista descritivo os dados de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

1.1.1. Caracterização Sociodemográfica

Assim, participaram neste estudo 56 profissionais que trabalham directamente com idosos em ambiente institucional, mais precisamente em lares de idosos, sendo 48 (84,2%) do sexo feminino e 8 (14%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e 72 anos. A média das idades dos sujeitos é de 31,84 anos (DP=10,57), sendo a idade máxima registada de 72 anos, a mediana de 27,50 e a moda é 24 anos. Na amostra, 35 profissionais (61,4%), encontram-se na faixa etária dos 22 aos 30 anos e 21 profissionais (37,5%) entre os 30 e 72 anos. Quanto ao estado civil 34 profissionais são solteiros (59,6%), 16 são casados (28,1%), 1 é viúvo (1,8%) e 5 vivem em união de facto (8,8%). Em relação às habilitações académicas dos profissionais, 2 possuem bacharelato (3,5%), 44 têm licenciatura (77,2%), 5 pós graduação (8,8%), 5 mestrado (8,8%).

No que concerne a terem idosos no agregado familiar, 34 profissionais (59,6%) dizem que sim e 22 (38,6%) dizem que não.

Em relação à formação específica na área de gerontologia sem ser na sua formação base, 10 profissionais (17,5%) responderam que sim e 46 (80,7%) revelaram que não. Devido à disparidade dos números ser grande optou-se por não se analisar este factor no tratamento estatístico.

Relativamente à simetria da análise de enviesamento (SK/EP) o valor é de 0,319 e do achatamento (K/EP) o valor é de 0,628, podemos constatar que se trata de uma distribuição simétrica. (c.f. Tabela 11).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 11 - Características sociodemográficas da amostra (N=56)

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	8	14
	Feminino	48	84,2
Idade	22 - 30 anos	35	61,4
	30 - 72 anos	21	37,5
Estado Civil	Solteiro (a)	34	59,6
	Casado (a)	16	28,1
	Viúvo (a)	1	1,8
	União de Facto	5	8,8
Habilitações Acadêmicas	Bacharelato	2	3,5
	Licenciatura	44	77,2
	Pós Graduação	5	8,8
	Mestrado	5	8,8
Idosos no Agregado Familiar	Sim	34	59,6
	Não	22	38,6
Área Residência	Rural	38	66,7
	Urbana	18	31,6
Formação Específica em Gerontologia	Sim	10	17,5
	Não	46	80,7

1.1.2. Caracterização Profissional

Considerando-se a categoria profissional verificou-se que, 16 (28,1%) profissionais são educadores sociais, 5 (8,8%) animadores Sociais, 17 (29,8%) assistentes sociais, 1 é médico (1,85), 2 (3,5%) são gerontólogos, 9 (15,8%) são enfermeiros, 3 (5,3%) são psicólogos e 3 (5,3%) têm outras categorias profissionais.

Relativamente ao tempo de serviço na área da terceira idade, 15 profissionais (26,3%) trabalham há menos de um ano, 22 (38,6%) entre 1 a 5 anos, 6 (10,5%) de 5 a 10 anos, 8 (14%) de 10 a 15 anos, 1 (1,8%) de 15 a 20 anos e há mais de 20 anos trabalham 4 profissionais (7%) (c.f. Tabela 12).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 12 - Características profissionais da amostra (N=56)

		Frequência	Porcentagem
Categoria Profissional	Educador (a) Social	16	28,1
	Animador (a) Social	5	8,8
	Assistente Social	17	29,8
	Médico (a)	1	1,8
	Gerontólogo (a)	2	3,5
	Enfermeiro (a)	9	15,8
	Psicólogo (a)	3	5,3
	Outro (s)	3	5,3
Tempo de Serviço	< 1 ano	15	26,3
	>1 < 5 anos	22	38,6
	>5 < 10 anos	6	10,5
	>10 <15 anos	8	14
	>15 < 20 anos	1	1,8
	> 20 anos	4	7

1.1.3. Classificação das Atitudes

A escala para a medição das atitudes face aos idosos, permite uma classificação em atitudes positivas, neutras e negativas: deste modo verificou-se que 55,4% dos participantes da amostra total apresenta atitudes neutras e 44,6% atitudes positivas face aos idosos. De referir que, nenhum dos elementos da amostra integra o item atitudes negativas, razão pela qual não está representada na tabela 13.

Constatou-se ainda que, 37,5% dos sujeitos do sexo feminino, têm atitudes positivas face aos idosos, enquanto o sexo masculino apresenta apenas 7,1%. Contudo não podemos retirar daqui conclusões, uma vez que a amostra não é homogênea (N pequeno do sexo masculino).

Tabela 13 - classificação das atitudes face aos idosos em função do género

Atitudes	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atitudes Positivas	4	7,1%	21	37,5%	25	44,6%
Atitudes Neutras	4	7,1%	27	48,2%	31	55,4%

1.1.4. Classificação dos Conhecimentos

Foram criados três grupos de coorte para classificarmos os conhecimentos em relação à velhice. Deste modo, podemos verificar que os conhecimentos de 57,1% dos profissionais são fracos; 32,1% possuem conhecimentos moderados e apenas 10,7% dos profissionais têm conhecimentos elevados. (c.f. Tabela 14)

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

A análise em função do sexo mostra, que 50% dos conhecimentos fracos estão adstritos aos elementos do sexo feminino e apenas 7,1% ao sexo masculino. Relativamente aos conhecimentos moderados o sexo feminino constitui 25% e ao sexo masculino 7,1%. Os bons conhecimentos em relação à velhice estão associados exclusivamente às mulheres (10.7%) uma vez que o sexo masculino não registou nenhum valor neste item. Relembramos mais uma vez que estes dados não são conclusivos, visto que a amostra do sexo masculino é relativamente pequena comparativamente com a amostra feminina.

Tabela 14 - Classificação dos conhecimentos em função do sexo

Conhecimentos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fracos	4	7,1%	28	50,0%	32	57,1%
Moderados	4	7,1%	14	25,0%	18	32,1%
Elevados	0	0,0%	6	10,7%	6	10,7%

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

1.2. Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados, passamos à análise inferencial dos mesmos.

Assim, face às questões de investigação formuladas e as hipóteses levantadas, apresenta-se os testes paramétricos e não paramétricos utilizados para dar resposta às referidas questões.

- Existe associação entre a idade e as atitudes dos profissionais face aos idosos.

Esta variável teve que ser recodificada e utilizou-se como idade referência 30 anos. Os resultados obtidos neste estudo indicam que no fator “*Aspetos Residenciais*” não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,074$; $p > 0,05$), sendo que o grupo de profissionais com idade ≥ 30 tem média 0,50 (DP= 0,512), superior ao grupo de profissionais que tem idade ≤ 30 com média 0,47 (DP=0,507).

Em relação ao fator “*Sentimentos Experimentados*”, não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,682$; $p > 0,05$), sendo que o grupo de profissionais com idade ≥ 30 anos tem média 0,50 (DP=0,512), superior à média do grupo de profissionais com idade ≤ 30 , 0,41 (DP=0,500).

Quanto ao fator “*Inter-Relação entre Idosos*”, o grupo com idade ≤ 30 anos tem média de 0,68 (DP= 0,475), superior à média dos que têm idade ≥ 30 anos, 0,59 (DP= 0,590).

No fator “*Relações entre gerações*” não existe relação estatisticamente significativa ($t(54) = 0,298$; $p > 0,05$), sendo que os profissionais com idade ≥ 30 anos tem média de 0,50 (DP= 0,512), superior à média dos profissionais com idade ≤ 30 anos, 0,44 (DP=0,504).

No fator “*Dependência*” também não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 1,414$; $p > 0,05$), sendo que os profissionais com idade ≤ 30 anos regista uma média muito superior 0,76 (DP= 0,496) do que os profissionais com idade ≥ 30 , 0,36 (DP=0,581).

Relativamente ao fator “*Estilo cognitivo*”, não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,608$; $p > 0,05$), sendo que o grupo de profissionais com idade ≤ 30 anos, registou uma média superior 0,65 (DP=0,485) do que o grupo de profissionais com idade ≥ 30 , 0,59 (DP= 0,503).

Quanto aos “*Outros fatores*”, não existe diferenças estatisticamente significativas pois ($t(54) = 0,298$; $p > 0,05$), sendo que os profissionais com idade ≤ 30 anos registam uma média de 0,56 (DP= 0,504), superior ao grupo de profissionais com idade ≥ 30 , 0,50 (DP=0,512).

Assim, face aos dados obtidos, de modo geral, são os profissionais com menos idade que apresentam atitudes menos positivas que os que têm idades superiores a 30 anos.

Podemos observar os resultados na tabela 15.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 15 - Teste t de Student entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e a idade (N=56)

Fatores	Idade	Média	DP	Df	t	p
Aspetos Residenciais	≥30	0,50	0,512	54	0,074	0,787
	≤30	0,47	0,507			
Sentimentos Experienciados	≥30	0,50	0,512	54	0,682	0,413
	≤30	0,41	0,500			
Inter-Relação entre Idosos	≥30	0,59	0,590	54	3,763	0,058
	≤30	0,68	0,475			
Relações entre Gerações	≥30	0,50	0,512	54	0,298	0,588
	≤30	0,44	0,504			
Dependência	≥30	0,36	0,581	54	1,414	0,240
	≤30	0,76	0,496			
Estilo Cognitivo	≥30	0,59	0,503	54	0,608	0,439
	≤30	0,65	0,485			
Outros Fatores	≥30	0,50	0,512	54	0,298	0,588
	≤30	0,56	0,504			

- As atitudes dos profissionais face aos idosos estão relacionadas com o sexo desses profissionais.

Os resultados indicam que os profissionais do sexo masculino apresentam atitudes menos positivas comparativamente com os sujeitos do sexo feminino, pois as médias são relativamente maiores nas do sexo masculino em quase todos os fatores.

No que diz respeito à relação entre o sexo e as atitudes dos profissionais face aos idosos, efetuou-se o teste Mann-Whitney pela distribuição não ser normal e observou-se que só existem diferenças significativas nos fatores “*Sentimentos Experienciados*” e “*Relações entre gerações*”, pois $p < 0,05$. Aceita-se esta hipótese para estes dois fatores e rejeita-se para os restantes.

Podemos observar os resultados na Tabela 16.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e as atitudes dos profissionais face aos idosos (N = 56)

Fatores	Masculino M	Feminino M	U	p
Aspetos Residenciais	29,00	28,42	188,000	0,914
Sentimentos Experimentados	33,50	27,67	152,000	0,277
Inter-Relação entre Idosos	28,55	28,19	189,500	0,945
Relações entre gerações	33,00	27,75	156,000	0,329
Dependência	31,38	28,02	169,000	0,539
Estilo Cognitivo	28,50	28,50	192,000	1,000
Outros Fatores	27,50	28,67	184,000	0,828

- Existe associação entre o estado civil dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos.

Relativamente à variável Estado Civil (composta pelos elementos solteiro, casado, divorciado, viúvo e em união de facto), apenas não está representado os dados relativos aos divorciados por não existir nenhum na amostra.

Assim, são os profissionais solteiros e em união de facto que possuem médias mais elevadas em quase todos os fatores, e por isso atitudes menos favoráveis com os idosos, comparativamente com os profissionais casados.

Para verificar-se se existe, ou não, uma associação entre o estado civil e as atitudes face aos idosos, realizou-se o teste KW de Kruskal-Wallis. Averiguou-se pelos valores obtidos que existem diferenças significativas no fator “*Dependência*” ($p < 0,05$), aceitando-se a hipótese formulada e rejeitando-se para os restantes fatores (c.f. Tabela 17).

Tabela 17 - Teste KW de Kruskal-Wallis entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e o estado civil (N=56)

Fatores	Solteiro M	Casado M	Viúvo M	UF M	KW	p
Aspetos Residenciais	30,65	23,75	15,00	31,80	3,785	0,286
Sentimentos Experimentados	30,00	28,25	16,00	21,60	2,392	0,495
Inter-Relação entre Idosos	29,60	24,75	56,00	27,50	5,338	0,149
Relações entre gerações	28,68	27,75	15,50	32,30	1,265	0,737
Dependência	33,62	20,25	12,50	23,30	11,609	0,009
Estilo Cognitivo	29,94	26,75	11,00	27,80	2,289	0,515
Outros Fatores	31,62	25,75	13,50	19,10	5,632	0,131

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

- As atitudes dos profissionais face aos idosos variam conforme a área de residência desses profissionais.

Na variável área de residência, no que diz respeito ao fator “*Aspetos residenciais*” verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 3,008$; $p > 0,05$), sendo que é no grupo de profissionais do meio rural que surge uma média de 0,55 (DP=0,504) superior à média presente nos profissionais que residem no meio urbano 0,33 (DP=0,485). Em relação ao fator “*Sentimentos Experimentados*” verifica-se que não existe diferenças significativas ($t(54) = 0,444$; $p > 0,05$), sendo que é no grupo do meio urbano que surge uma média de 0,50 (DP=0,500), superior à média presente nos profissionais que residem no meio rural 0,42 (DP=0,514). Quanto ao fator “*Inter-relação entre idosos*” verifica-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 3,140$; $p > 0,05$), sendo que é no grupo dos profissionais que residem no meio rural que surge uma média de 0,66 (DP=0,481), superior à média dos profissionais que residem no meio urbano 0,61 (DP=0,608).

Relativamente às “*Relações entre gerações*” verifica-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,186$; $p > 0,05$), sendo que é no grupo dos profissionais que vivem no meio rural que surge uma média de 0,47 (DP=0,506), superior à média dos que vivem em meio urbano 0,44 (DP=0,511). Quanto ao fator “*Dependência*” não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,000$; $p > 0,05$), sendo no grupo dos profissionais do meio urbano que se regista uma média superior 0,67 (DP= 0,594) à do meio rural 0,58 (DP= 0,552). No fator “*Estilo Cognitivo*” não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,079$; $p > 0,05$), sendo no grupo dos profissionais do meio rural que se regista uma média superior 0,63 (DP=0,489) à do grupo de profissionais que reside no meio urbano 0,61 (DP=0,502). Nos “*Outros fatores*” não existe diferenças estatisticamente significativas ($t(54) = 0,194$; $p > 0,05$), sendo no grupo dos profissionais do meio rural que se regista uma média superior 0,55 (DP=0,504) aos do meio urbano 0,50 (DP=0,514).

Deste modo pode-se afirmar que os profissionais que residem no meio rural têm atitudes mais favoráveis relativamente aqueles que residem no meio urbano.

Estes resultados podem ser observados na Tabela 18.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 18 - Teste t de Student entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e a área de residência (N=56)

Fatores	N	Média	DP	Df	t	P
Aspetos Residenciais						
Meio Rural	38	0,55	0,504	54	3,008	0,089
Meio Urbano	18	0,33	0,485			
Sentimentos Experimentados						
Meio Rural	38	0,42	0,500	54	0,444	0,508
Meio Urbano	18	0,50	0,514			
Inter-Relação entre Idosos						
Meio Rural	38	0,66	0,481	54	3,140	0,082
Meio Urbano	18	0,61	0,608			
Relações entre Gerações						
Meio Rural	38	0,47	0,506	54	0,186	0,668
Meio Urbano	18	0,44	0,511			
Dependência						
Meio Rural	38	0,58	0,552	54	0,000	0,993
Meio Urbano	18	0,67	0,594			
Estilo Cognitivo						
Meio Rural	38	0,63	0,489	54	0,079	0,780
Meio Urbano	18	0,61	0,502			
Outros Fatores						
Meio Rural	38	0,55	0,504	54	0,194	0,661
Meio Urbano	18	0,50	0,514			

- Existe associação entre as habilitações académicas e as atitudes dos profissionais face aos idosos.

Procurou-se identificar se as habilitações académicas interferem nas atitudes face aos idosos: para o efeito foi efetuado o teste Kruskal-Wallis. Averiguou-se pelos valores obtidos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações e as atitudes dos profissionais face aos idosos ($p > 0,05$), razão pela qual rejeita-se a hipótese enunciada (c.f. Tabela 19)

Relativamente às médias obtidas, os profissionais com mais habilitações, nomeadamente Licenciatura, pós-graduação e mestrado obtêm pontuações mais elevadas que os que só possuem bacharelato, com exceção no fator “*Inter-relação entre idosos*”.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 19 - Teste KW de Kruskal-Wallis entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e as habilitações académicas (N=56)

	Bacharelato	Licenciatura	Pós graduação	Mestrado	KW	p
Aspetos residenciais	29,00	26,45	37,40	37,40	4,900	0,179
Sentimentos Experimentados	16,00	28,09	27,20	38,40	4,148	0,246
Inter-relação entre idosos	47,25	26,63	27,50	38,50	7,080	0,069
Relações entre gerações	29,50	27,59	26,70	37,90	2,500	0,475
Dependência	12,50	30,41	17,90	28,70	6,044	0,109
Estilo Cognitivo	11,00	29,45	22,20	33,40	5,190	0,158
Outros Fatores	27,50	28,77	30,30	24,70	0,472	0,925

- As atitudes dos profissionais face ao idoso estão associadas à sua categoria profissional

Recodificou-se a variável categoria profissional para dois grupos, o grupo social e o grupo de saúde. De forma a identificar se a categoria dos profissionais interfere com as atitudes face aos idosos, realizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Constatou-se que no fator “*Aspetos Residenciais*” o grupo de profissionais da área social tem atitudes menos positivas a este fator obtendo uma média de 30,47.

Relativamente ao fator “*Sentimentos Experimentados*”, o grupo dos profissionais da área social têm atitudes menos positivas relativamente a este fator, com uma média de 30,00.

Quanto ao fator “*Inter-Relação entre idosos*”, o grupo de profissionais de saúde tem uma atitude menos positiva em relação a este fator, com uma média de 28,78.

No fator “*Relações entre gerações*”, o grupo de profissionais de saúde, são os que têm atitudes menos positivas, com uma média de 31,06. Em relação ao fator “*Dependência*”, verifica-se que o grupo social são os que têm atitudes menos positivas, com uma média de 28,97.

No fator “*Estilo Cognitivo*” pode-se afirmar são os profissionais de saúde que têm uma atitude menos positiva, com uma média de 29,67. Relativamente a “*Outros Fatores*”, são os profissionais de saúde que têm uma atitude menos favorável a estes.

Constatou-se que não existem diferenças significativas ($p > 0,05$), logo rejeita-se a hipótese formulada.

Os resultados podem ser observados na tabela 20.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e a categoria profissional (N=56)

	Grupo Social M	Grupo Saúde M	U	p
Aspetos Residenciais	30,47	24,33	267,000	0,128
Sentimentos experienciados	30,00	25,33	285,000	0,246
Inter-relação entre idosos	28,37	28,78	337,000	0,918
Relações entre gerações	27,29	31,06	296,000	0,350
Dependência	28,97	27,50	324,000	0,719
Estilo cognitivo	27,95	29,67	321,000	0,660
Outros factores	26,03	33,72	248,000	0,056

- Existe associação entre a presença de idosos no agregado familiar dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos.

Com o intuito de conhecer se a presença do idoso no agregado familiar influencia as atitudes dos profissionais face aos idosos, realizou-se o teste U de Mann-Whitney.

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) com exceção do fator “*Sentimentos Experienciados*” ($p = 0,005$), aceitando-se a hipótese formulada e rejeitando-se para os restantes fatores.

No que concerne aos valores das médias, constatou-se que os profissionais que possuem idosos no seu agregado familiar obtiveram médias mais elevadas nos fatores “*Inter-relação entre idosos*”, “*Relações entre gerações*” e “*Dependência*”, o que significa que têm atitudes menos favoráveis nestas dimensões. Pelo contrário têm atitudes mais favoráveis relativamente aos fatores “*Aspetos residenciais*”, “*Sentimentos experienciados*”, “*Estilo cognitivo*” e “*Outros fatores*” (c.f. Tabela 21).

Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre a presença de idosos no agregado familiar e as atitudes dos profissionais face aos idosos (N=56)

Fatores	Sim M	Não M	U	p
Aspetos Residenciais	27,35	30,27	335,000	0,450
Sentimentos Experienciados	24,24	35,09	229,000	0,005
Inter-Relação entre Idosos	29,31	27,25	346,500	0,588
Relações entre gerações	28,68	28,23	368,000	0,907
Dependência	29,32	27,23	346,000	0,592
Estilo Cognitivo	28,29	28,82	367,000	0,889
Outros Fatores	28,32	28,77	368,000	0,907

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

- As atitudes dos profissionais face ao idoso estão relacionadas com o tempo de exercício desses profissionais na prestação de serviços/cuidados.

Através da análise da tabela 22 podemos verificar que a variável Tempo de Serviço apenas apresenta diferença estatisticamente significativa no fator *Dependência*, pois $p = 0,038$ ($p < 0,05$).

Relativamente aos valores das médias, constatou-se que os profissionais diferem no tempo de serviço e nas diversas dimensões: contudo e relativamente à dependência verificou-se que, são os profissionais com tempo de serviço < 1 ano aqueles que possuem a média mais elevada ($M=35,90$), ou seja, são estes profissionais que apresentam atitudes menos positivas face aos idosos, e em contrapartida os profissionais com mais tempo de serviço são os que têm atitudes mais favoráveis.

Tabela 22 - Teste KW de Kruskal-Wallis entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e o tempo de serviço (N=56)

Fatores	< 1 ano	>1 < 5	>5 < 10	>10 < 15	>15 < 20	> 20	KW	p
Aspetos residenciais	26,20	31,55	19,67	36,00	15,00	22,00	7,791	0,168
Sentimentos Experimentados	29,07	27,45	30,00	30,00	16,00	30,00	1,144	0,950
Inter-relação entre idosos	29,33	28,50	32,25	24,75	38,50	24,75	1,889	0,864
Relações entre Gerações	28,57	29,50	24,83	26,00	15,50	36,50	2,910	0,714
Dependência	35,90	29,18	21,50	28,00	12,50	12,50	11,789	0,038
Estilo cognitivo	33,40	25,00	34,33	25,00	39,00	25,00	5,832	0,323
Outros Fatores	30,30	27,50	27,50	27,50	41,50	27,50	1,297	0,935

- Existe relação entre os conhecimentos que os profissionais têm sobre os idosos e as suas atitudes.

Para se verificar se existe, ou não, uma correlação entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e os seus conhecimentos, realizou-se o coeficiente de Correlação de Pearson (r): os dados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$) apenas entre os conhecimentos e a dimensão “*Outros Fatores*” sendo esta correlação positiva, o que significa que quando os conhecimentos aumentam, aumentam também os valores das dimensões da escala de atitudes.

Verificou-se ainda que existem correlações negativas para as dimensões “aspectos residenciais”, “inter-relação”, “relação entre gerações” e dependência, o que significa que quando os conhecimentos sobre idosos são mais elevados melhoram as atitudes face aos mesmos.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

De notar ainda que se trata de correlações muito baixas ($r < 0.2$) à exceção da dimensão “Outros fatores” onde a correlação é moderada.

Os resultados podem ser observados na tabela 23.

Tabela 23 - Correlação do coeficiente de Pearson (r) entre as atitudes dos profissionais face aos idosos e os conhecimentos destes face à velhice (N=56)

		Aspetos residenciais	Sentimentos experienciados	Inter-relação entre idosos	Relações entre gerações	Dependência	Estilo cognitivo	Outros fatores
Conhecimentos face à velhice	r	- 0,182	0,085	-0,167	-0,101	-0,057	0,122	0,417
	p	0,180	0,534	0,217	0,457	0,645	0,371	0,001

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

2. Discussão dos Resultados

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

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

Apesar de Nunes, E. (1997) ter concluído que a escala de Kogan, sobre atitudes face aos idosos ser um “instrumento sólido e robusto”, tornando-se um instrumento com boa fiabilidade para medir as atitudes, aspeto que nos levou a que fosse usada neste estudo, verificou-se que no caso concreto da amostra estudada a escala se apresentou vulnerável, uma vez que os valores de alfa *Cronbach* são apenas razoáveis (0,788).

Assim e passando à análise das variáveis sociodemográficas e profissionais verificou-se que, a amostra em estudo tem idades compreendidas entre os 22 anos e 72 anos, com uma média que ronda os 31,8 anos. Avaliando a mesma variável por faixa etária, constatamos que a maioria dos profissionais (61,4%) possuía uma idade igual ou inferior a 30 anos. Em termos de estado civil, são maioritariamente solteiros (59,6%) o que não admira tendo em conta a faixa etária a que pertencem (menor que 30 anos). No que diz respeito à presença de idosos no agregado familiar verificamos a existência de grande heterogeneidade, contudo 59,6% dos profissionais incluem idosos no agregado familiar.

Trata-se de uma amostra homogênea em termos de experiência profissional pois todos os inquiridos trabalham em instituições para a terceira idade, sendo também em maioria o grupo das mulheres (84,2%) razão pela qual não foram tratados os dados em função do sexo. Estes valores são suportados pela literatura, pois sabemos que nas profissões ligadas ao cuidar e ao apoio social o número de mulheres continua a ser superior ao dos homens, existindo a ideia de ser uma profissão essencialmente feminina, relacionada com o cuidar do outro. De igual modo Gurung *et al.* (2003) refere que o género é, frequentemente, um dos maiores preditores do suporte social, sendo que, as mulheres recebem e dão mais suporte ao longo da vida e experimentam mais benefícios do suporte das suas interações sociais.

Quanto às habilitações académicas dos participantes, constatou-se que a maioria da amostra possui licenciatura (77,2%), o que vai de encontro ao esperado e ao que está legislado relativamente aos grupos profissionais.

Quando questionados sobre a formação feita na área de gerontologia, mais de metade da amostra (80,7%), responde não ter tido qualquer formação nesta área. Estes dados refletem a necessidade expressa de “com o envelhecimento da sociedade atual, a inclusão de disciplinas específicas da área de Gerontologia nos cursos, torna-se fundamental, bem como,

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

a criação de formação complementar nesta área, pós-graduações e mestrados. Apesar disso sabemos que esta informação é ainda bastante insuficiente nos cursos encontrando-se por vezes dispersa em várias disciplinas”.

Os resultados deste estudo mostram que 55,4% dos profissionais inquiridos apresentam atitudes neutras em relação à velhice e os restantes 44,6% atitudes positivas. Esta distribuição reforça a teoria de Ribeiro (2007), quando defende uma organização dos estereótipos segundo o conceito de imagens, verificando-se não só o predomínio de imagens negativas, associadas ao declínio, como apresenta também imagens positivas associados ao envelhecimento, como a serenidade, a sabedoria e experiência de vida.

Na análise da variável, avaliação de conhecimentos em relação à velhice, verificou-se que, a maioria dos elementos da amostra apresentam fracos conhecimentos (57,1%), sendo que vários estudos corroboram estes resultados. Fitzgerald *et al* (2003), Menezes, Sousa & Cardoso (2007) e Chew & Greenhill (2007), verificaram que também a sua amostra possuía baixo nível de conhecimentos em relação à velhice.

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

A análise da associação da variável idade com as atitudes dos profissionais face aos idosos, mostra que não existem diferenças significativas, não apoiando a Hipótese 1 “Existe associação entre a idade e as atitudes dos profissionais face aos idosos”. No entanto, verificou-se que com o aumento da idade, aumentam também o índice da média, significando isto que, os profissionais mais novos, com idade igual ou inferior a 30 anos, apresentam atitudes mais positivas, comparativamente com os de idade igual ou superior a 30 anos.

Estes resultados contrariam o que seria esperado, ou seja, que fossem os mais velhos a deter atitudes mais positivas, visto que, nesta fase da vida (de qualquer forma, mais próxima da velhice), estariam mais sensíveis para as questões do envelhecimento e como tal, identificar-se-iam com o indivíduo idoso, ou até com os seus próprios pais, caso ainda vivos.

Outros estudos corroboram os resultados obtidos, nomeadamente os de Taylor & Harned (1978) e o de Marques (2005), pois verificaram também que neste caso específico, profissionais mais novos, apresentavam atitudes mais positivas em relação aos pacientes idosos. Similarmente, Neri & Jorge (2006), num estudo com uma amostra de 277 alunos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, concluíram que a atitude mais positiva se correlacionava com os mais jovens. Contrariamente, Polizzi & Steitz (1998), Shoen (1993), constataram que eram os indivíduos mais velhos, aqueles que apresentavam atitudes mais favoráveis perante a velhice e o envelhecimento comparados com os mais novos. Estes resultados não estão em concordância com alguns resultados de outros estudos que demonstram que a discriminação negativa não aumenta com a idade (Herdman, 2002; Matheson *et al.*, 2000; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). Outros estudos indicavam que os mais novos eram mais negativos em relação à velhice (Slotterback & Saarnio, 1996; Lutsky, 1980).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Os resultados obtidos corroboram a literatura revista, em que a interação 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).

Verificou-se ainda que as atitudes dos profissionais em função do sexo, apontam para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os fatores “Sentimentos Experienciados” e “Relações entre gerações”, apoiando deste modo a Hipótese 2: “As atitudes dos profissionais face ao idoso estão relacionadas com o sexo desses profissionais” apenas para estes fatores e rejeitada para os restantes. Deste modo, os dados obtidos apontam para o facto das mulheres considerarem que os idosos são fáceis de compreender e que nos fazem sentir bem quando estamos na sua presença.

Verifica-se ainda que os resultados indicam que são os profissionais do sexo masculino que possuem as médias mais elevadas em quase todos os fatores, comparativamente com os profissionais do sexo feminino, ou seja, os profissionais do sexo masculino possuem atitudes menos positivas face aos idosos. Estes resultados vão de encontro aos de outros estudos, nomeadamente Polizzi & Steitz (1998) e Neri & Jorge (2006) que numa investigação com educadores e estudantes, respetivamente, concluem que as mulheres apresentam atitudes mais positivas em relação à velhice do que os homens. Também Woolf, 1998; Thane, 2000; Tornstam; 2006), demonstram que de facto as mulheres evidenciaram mais imagens positivas, principalmente quando se encontram numa fase de transição para a velhice e não sofrem tanto de envelhecimento patológico.

Inversamente, os dados de Nunes, E. (1996), resultantes do estudo que efectuou sobre as atitudes dos profissionais e estudantes de enfermagem constatou, que os sujeitos do sexo masculino apresentavam atitudes ligeiramente mais positivas perante os idosos do que as mulheres. Paralelamente um estudo realizado por Marques (2005) demonstra que nas mulheres existem mais estereótipos negativos em relação aos idosos do que os homens. Possivelmente, os homens mais velhos têm tendência a comparar-se com outras fases da sua vida, sentindo as limitações com maior intensidade (Victor *et al.*, 2000). Ou, como ainda não estão na velhice poderão tender a olhá-la como uma situação mais negativa, o que até pode ser vantajoso em termos de preparação para a velhice (Heikkinen, 2000).

Os dados obtidos entre o Estado Civil e as atitudes dos profissionais face aos idosos mostrou existirem diferenças estatisticamente significativas para o fator “Dependência”, tendo sido aceite parcialmente a Hipótese 3: “ Existe associação entre o estado civil dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos”. Com este resultado depreende-se que na opinião dos profissionais solteiros os idosos preferem que os filhos os sustentem e que estes lhes exigem mais segurança e amor que aos restantes grupos.

Estes resultados vão 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). De facto, algumas concepções que predominam na sociedade,

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

transmitem uma imagem de que o idoso está mais susceptível a doenças, é visto como incapaz na realização das tarefas (Mazutti & Scortegagna, 2006; Lopes & Park, 2007; Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003; Marques, Lima & 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).

Confirmou-se ainda que quanto às habilitações académicas, não se verifica relação estatística com as atitudes dos profissionais, rejeitando-se deste modo a hipótese 5: “Existe associação entre as habilitações académicas e as atitudes dos profissionais face aos idosos”.

Os profissionais com mestrado, pós-graduações e licenciatura, apresentaram atitudes menos favoráveis, o que nos surpreendeu uma vez que nestas formações estão muitas vezes incluídos conteúdos programáticos na área da gerontologia e geriatria. Em oposição, Doherty, Mitchell & O’Neil (2011), num estudo realizado a 190 pessoas que cuidavam de idosos em meio rural, concluíram que, a maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos indivíduos com educação universitária e os sem qualificação superior, ou seja, os primeiros apresentavam atitudes mais positivas que os segundos.

Tendência similar foi encontrada no estudo realizado por Wells *et al.* 2004 (cit in Neri, 2006), no qual verificaram que as atitudes positivas demonstradas estavam associadas a níveis mais elevados de formação gerontológica. Corroboram ainda as teorias de Diniz (2003), quando afirma que, “a escassa formação profissional nas áreas da geriatria e gerontologia, parece ser umas das razões mais importantes na sobrevalorização do idadismo e velhismo profissional”.

Verificou-se também que a área de residência é independente das atitudes dos profissionais, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas, nesta associação, não se confirmando por isso a Hipótese 4: “As atitudes dos profissionais face ao idoso variam conforme a área de residência desses profissionais”. Apesar disso, verifica-se que são os profissionais que vivem em meio rural aqueles que têm atitudes menos favoráveis com os idosos. Estes resultados não estão em concordância com o que diz a literatura pois, o predomínio de idosos nas zonas rurais e de famílias alargadas, bem como de maior solidariedade comunitária ajudam a que nessas áreas o idoso seja mais valorizado (Herdman, 2000). No meio rural, o idoso é visto ainda, frequentemente, como membro ativo e integrante do agregado familiar.

Os profissionais com pós-graduação e mestrado possuem atitudes menos positivas em relação ao idoso, o que contraria o estudo de Doherty, Mitchell e O’Neil (2011), num estudo realizado a 190 pessoas que cuidam de idosos num meio rural, (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e estudantes), tendo concluído que, a maioria dos indivíduos apresentavam atitudes positivas em relação aos idosos, tendo sido encontradas diferenças significativas entre as atitudes dos indivíduos com educação universitária e os sem qualificação superior, ou seja, os primeiros apresentavam atitudes mais positivas que os segundos. Não corrobora com

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

outro estudo de Neri & Jorge (2006), num estudo realizado com 277 alunos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, onde evidenciaram o papel importante dos estudos formais no estabelecimento de conhecimentos específicos sobre a velhice, uma vez que os alunos que tiveram disciplinas teóricas e práticas mostraram conhecer mais sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento do que os que não tiveram. Desta forma, um dos desafios da gerontologia é fazer com que os profissionais que trabalham com idosos, possuam uma boa base de conhecimentos gerontológicos, a fim de poderem intervir, de forma eficaz numa sociedade onde a velhice é tratada de forma ambivalente, ora como fase da vida digna de respeito e consideração, ora como tema assustador, cercado de mitos e estereótipos (Cachioni, 2011).

Relativamente à hipótese 6, que relacionava a categoria profissional com as atitudes face aos idosos: “As atitudes dos profissionais face aos idosos estão associadas à sua categoria profissional”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, levando-nos a inferir que as categorias profissionais são independentes das atitudes dos profissionais.

Contudo os valores ordenados das médias, mostram que é o grupo de profissionais da área social os que apresentam atitudes menos positivas nos diferentes fatores “Aspectos Residenciais”, “Sentimentos experienciados” e “Dependência”. Segundo Walsh (1989) uma das razões que tem sido apontada para as imagens serem mais negativas ou inconsistentes é a escassa formação especializada nesta área em Portugal. Essencialmente, seria relevante existir formação acerca do processo de envelhecimento normal e das disfunções e patologias que podem ocorrer. Além disso, seria relevante a formação incidir sobre o desenvolvimento normal ao longo do ciclo de vida, nas múltiplas potencialidades e nos recursos nas pessoas. A diferença no fator “Dependência” pode também se justificar pelo grupo social estabelecer contactos com idosos menos dependentes e o grupo de saúde contactar quase sempre com idosos em situação de doença (apresentam-se mais frágeis a todos os níveis) (Cuddy & Fiske, 2002).

É de salientar que no fator dependência, apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, foram os profissionais de saúde que apresentam atitudes mais positivas, o que significa que são também estes os que consideram os idosos como pessoas ativas e independentes a nível socioeconómico e emocional. Estes dados, corroboram os de Lothian & Philip (2002) ao referir que as atitudes do pessoal de saúde afetam, de forma marcante, a qualidade do tratamento dos idosos. Por outro lado, o estudo de Reed, Beall e Baumhover (1992), utilizando a Escala de Atitudes para com as Pessoas Idosas, de Kogan, revelou que as atitudes dos estudantes de enfermagem eram mais neutras do que positivas ou negativas. No entanto, McCracken, Fitzwater e Lockwood (1995), usando a mesma escala, referem que os estudantes de enfermagem apresentavam atitudes bastante positivas para com os idosos. Estes profissionais têm funções diferentes na assistência e cuidados aos idosos, o que inicialmente poderia levar a concluir que as atitudes também apresentassem disparidades (Cruz *et al.*, 2003).

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Na dimensão “Relações entre gerações” verifica-se que as médias mais elevadas (logo atitudes menos positivas) correspondiam ao grupo de saúde, que consideram que os idosos se tornam aborrecidos por falarem dos bons velhos tempos, intervirem em assuntos sem serem solicitados e se queixarem acerca do comportamento das gerações mais novas. Entende-se que fatores de ordem emocional podem ter influência implícita nesta atitude, de alguma forma, uma vez que o contacto entre profissionais e idosos confronta-os com o seu próprio envelhecimento e a forma como terão de lidar com esse problema.

Os profissionais que possuem idosos no seu agregado familiar apresentam diferenças estatisticamente significativas no fator “Sentimentos Experimentados”, aceitando-se mais uma vez parcialmente a Hipótese 7: “Existe associação entre a presença de idosos no agregado familiar dos profissionais e as suas atitudes face aos idosos”, para este fator e rejeitando para os restantes.

Na verdade os profissionais com idosos no seio familiar apresentam atitudes menos favoráveis na “Inter-relação entre idosos”, nas “Relações entre gerações” e na “Dependência”. Estes dados corroboram um estereótipo muito comum na atualidade, que é o de considerar que todos os idosos dependentes, necessitam do apoio dos filhos, são emocionalmente carentes e socialmente inativos. Já Kalish tinha identificado um estereótipo que designou de compassivo, ou *new agism*, que incide sobretudo no idoso dependente, considerando-o inapto. Estes preconceitos, produzem frequentemente efeitos de superprotecção dos idosos, o que lhes retira a autonomia e independência tão necessária ao envelhecimento saudável. Por outro lado, tendo estes profissionais na sua ética profissional o de melhorar o desempenho e autonomia do utente, seria expectável que apresentassem atitudes mais positivas nesta dimensão. Na verdade para estes profissionais o idoso tem que ser visto como alguém que é capaz de tomar as suas próprias decisões, com potencial para vencer os obstáculos e com necessidade de amor e segurança em pé de igualdade com qualquer outra pessoa.

Em contrapartida estes mesmos profissionais, acham que os idosos são capazes de manter as suas casas habitacionais, que não originam sentimentos de desconforto e tensão, pelo contrário, consideram a sua companhia agradável e repousante. São vários os estudos que vão ao encontro destes resultados, dos quais destacamos os de Polizzi & Steitz (1998), que concluíram o seguinte: a convivência com pessoas mais velhas contribui para o estabelecimento de atitudes mais positivas para com elas. Da mesma forma, Neri & Jorge (2006) verificaram que os alunos que conviviam com idosos mostravam atitudes mais positivas no domínio social, talvez por possuírem experiências afetivas mais positivas. Assim sendo, devem ser incentivadas medidas que coloquem os idosos no seio do agregado familiar, onde se cruzem três ou mais gerações, permitindo assim, que as crianças e jovens, através da convivência com os idosos, encontrem referências e valores universais na fase de construção da personalidade e da modelação do carácter. Comprova-se ainda que a família, continua a constituir um dos fatores que mais influência exerce na qualidade de vida dos idosos. Por outro lado o idoso é, cada vez mais, uma pessoa capaz, ativa e empenhada em participar na

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

vida familiar. No entanto, este estatuto é, frequentemente esquecido e o idoso marginalizado, por isso a necessidade e o benefício coletivo de uma nova promoção da solidariedade entre gerações (Grande, 1994).

Quanto à hipótese que relaciona a variável tempo de serviço e as atitudes dos profissionais revelou que só existe diferenças estatisticamente significativas para o fator “Dependência”, levando a aceitar parcialmente a Hipótese 8: “As atitudes dos profissionais face ao idoso estão relacionadas com o tempo de exercício desses profissionais na prestação de serviços/cuidados à população idosa” para esta dimensão e rejeitando-a para as restantes. Isto leva a inferir que os profissionais não consideram os idosos pessoas ativas e independentes a nível socioeconómico e social como já referimos e associam sob o ponto de vista biológico, a velhice à lentificação dos processos fisiológicos e psíquicos, declínio de capacidades funcionais e diminuição da capacidade de adaptação a acontecimentos de *stress* Ribeiro, (2007), e Couto (2005), têm uma opinião contrária ao defender 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 aspetos cognitivos, físicos e de personalidade.

Os profissionais com menos tempo de serviço apresentam médias mais elevadas, sobretudo no fator “Dependência” levando-nos a admitir que provavelmente a sua pouca experiência os impede de reconhecer o valor de uma boa qualidade de vida, sendo a autonomia o pilar importante, desse construto. De facto as experiências influentes da sociedade e cultura onde estão integrados modelam e condicionam o seu comportamento bem como os dos próprios idosos. As intervenções em gerontologia visam sempre valorizar a responsabilização dos idosos pelas suas necessidades, privilegiar as ações tendentes a melhorar as suas capacidades e autonomia, e facilitar o acesso aos recursos disponíveis (Carvalho, 1997). Ajudar o idoso a aceitar os seus próprios condicionalismos, valorizando pequenas conquistas, incentivando a confiança em si mesmo, a auto-estima e o gosto pela vida, deve ser função daqueles que lhe prestam cuidados (Encarnação *et al.*, 1998).

Finalmente a hipótese que pretende analisar a associação entre conhecimentos e atitudes nos profissionais foi apenas confirmada para a dimensão “Outros fatores”. Isto demonstra que os conhecimentos em relação à velhice, nem sempre conduzem a melhores atitudes, uma vez que este fator corresponde à ideia que a sabedoria vem com a idade, os interesses políticos e sociais e a capacidade de adaptação do idoso. Estes dados vem corroborar os estudos de Polizzi & Steitz (1998), que concluem que quanto maior o grau de conhecimentos gerontológico, maior é a tendência para uma visão mais negativa e realista acerca da velhice.

PARTE IV - CONCLUSÕES

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Conclusões

O presente estudo analisou algumas das variáveis que se encontram relacionadas com a representação social dos profissionais que trabalham em instituições da terceira idade do distrito de Viseu. Parece oportuno elaborar uma síntese dos principais resultados obtidos, deixando sugestões válidas para futuras investigações no sentido da melhoria do conhecimento científico, não deixando porém de fazer alusão a algumas limitações e dificuldades sentidas na elaboração da pesquisa.

O envelhecimento da população no momento atual, para além do seu decréscimo desde 2010 até 2050, sofrerá um agravamento do envelhecimento e o aumento da população idosa será particularmente acentuado na região Norte (INE, 2007).

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa, devido ao aumento da esperança média de vida e pela redução da população jovem, devido à diminuição das taxas de natalidade, continua bem vincado nos Censos 2011. Há 30 anos atrás, apenas 11,4% das pessoas estavam incluídas no grupo etário dos mais idosos, contudo em 2011, o mesmo grupo (população com 65 ou mais anos de idade) representa cerca de 19% da população total.

Estas transformações demográficas traduzem, no plano económico, um aumento contínuo do número de reformados e no plano social, obrigam à adaptação dos sistemas de proteção social e criação de infra-estruturas de apoio aos idosos. Apesar de não estarem supridas as necessidades, o apoio aos idosos evolui de forma significativa nos últimos anos, com a criação de estruturas de convívio, de combate ao isolamento e à exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso.

Quando a institucionalização é inevitável ou corresponde à solução escolhida pelo idoso, é função da instituição, bem como dos profissionais que lá trabalham, assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia, independência e sanidade mental.

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

As profissões com foco direto de trabalho ligado aos idosos sofrem uma influência inequívoca da discriminação da sociedade em geral, vistos estes profissionais serem um produto da sociedade onde se formaram, que poderão influenciar positiva ou negativamente o seu comportamento face aos idosos. Acresce a tudo isto, o facto destas atitudes poderem fortemente prejudicar ou beneficiar a própria prestação de serviços. Outros autores, referem

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

que a forma como o profissional cuida da pessoa idosa está diretamente relacionada com a percepção que têm do envelhecimento e da pessoa idosa (Leite, 2005).

O conjunto de pressupostos descritos, estiveram na base da opção e pertinência do estudo que realizámos. Tornou-se emergente avaliar as atitudes dos profissionais que trabalham em lares da terceira idade, para melhor conhecermos a realidade que nos rodeia e identificar os comportamentos adotados, uma vez que sabemos que estes vão atuar de um modo incisivo sobre o idoso em duas vertentes: melhorando a sua auto-estima, tornando-o mais independente e social, se positivas, ou pelo contrário, diminuindo o seu bem-estar e a forma de se integrar na sociedade, reforçando a inutilidade, caso sejam negativas.

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

Os resultados deste estudo indicaram que o facto de surgirem na amostra, imagens positivas e neutras, corrobora alguns estudos em que os resultados também apresentam uma variabilidade em termos de percepções sobre o idoso e o envelhecimento, refletindo a grande complexidade que é o envelhecimento. Neste estudo, ficou também perceptível de que a forma de estereotipar o envelhecimento é um processo subjetivo, que varia de pessoa para pessoa, e que pode variar consoante variáveis como o género, idade, estado civil, contacto social, entre outros.

O perfil demográfico da amostra deste estudo caracteriza-se por ser constituída maioritariamente por sujeitos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e 72 anos (média=31,8 anos), com estado civil de solteiro (59,6%). São na sua maioria, licenciados (77,2%), só dez (17,5%) possuem formação específica na área de gerontologia, e 59,6% possuem idosos no seu agregado familiar.

O perfil profissional da amostra, mostra que as categorias profissionais são diversas incluindo, educadores sociais, animadores, assistentes sociais, médicos, gerontólogos, enfermeiros, psicólogos e outros, ou seja equipas multidisciplinares para atendimento dos idosos nas suas múltiplas dimensões, e com formações diferenciadas.

Quanto ao objetivo fulcral estabelecido para este trabalho, que consistia em conhecer as atitudes e conhecimentos dos profissionais face aos idosos, conclui-se que maioritariamente apresentam atitudes neutras (55,4%).

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

Existe uma relação estatística significativa entre os fatores “Sentimentos Experienciados” e “Relações entre gerações”, tendo as mulheres atitudes mais positivas que os homens.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Em relação ao estado civil, existe relação estatística significativa para o fator “Dependência”, sendo que são os profissionais casados aqueles que possuem atitudes mais positivas que os solteiros.

No que concerne à presença de idosos no agregado familiar, existe uma relação estatística significativa para o fator “Sentimentos Experimentados”, sendo os profissionais que vivem no meio rural aqueles que detêm atitudes mais negativas.

Existe ainda associação entre o tempo de serviço e as atitudes, verificando-se relação estatística significativa no fator “dependência”, que leva a concluir que os profissionais com mais tempo de serviço têm atitudes mais negativas.

Analisando os resultados da associação entre as duas escalas, (conhecimentos e atitudes) verificou-se que existe relação estatística para o fator “Outros fatores”.

Em jeito de síntese conclusiva, pode-se afirmar que os participantes do estudo, apresentam fracos conhecimentos em relação à velhice, contudo as suas atitudes para com os idosos são genericamente favoráveis.

Face ao exposto, parece existir uma necessidade evidente de implementar e reforçar a formação dos profissionais que trabalham com a terceira idade na área gerontológica de modo a aumentar o nível de conhecimentos, criando cursos complementares teórico-práticos, específicos nesta temática, de modo a preencher as lacunas formativas e informativas constatadas. É imperativo que os profissionais se consciencializem dos diferentes estereótipos, que muitas vezes, usam, de forma espontânea e natural, mas com claros prejuízos na reciprocidade da prestação de serviços.

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

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

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 idosos.

No entanto, apesar das implicações práticas mencionadas, este é um estudo com algumas limitações (devido ao enquadramento de tempo disponível), 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.

No entanto, servem estes dados para refletirmos sobre as representações que os profissionais têm do idoso e como essas representações perspetivam as suas ações.

Quanto à limitação decorrente das opções metodológicas do estudo, nomeadamente às técnicas e procedimentos utilizados com base em questionários, torna-se inevitável a ocorrência de eventuais erros de medida, próprios dos instrumentos em si. Assim, um dos instrumentos utilizados (Questionário para Avaliação de Conhecimentos em Relação à Velhice)

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

ter sido validado e adaptado para a população portuguesa apenas num estudo levado a cabo por Martins e Pinto (2011) necessitando na opinião das autoras de replicações em amostras mais alargadas.

Outra das limitações do estudo é o da desejabilidade social, ou seja a tendência para se responder de acordo com o que se associa a uma maior aprovação social.

Os dados apresentados, permitem-nos entender a questão concetual do que é ser idoso e de que forma as vivências podem influenciar esse conceito. Permitem-nos igualmente compreender as representações sociais que estes profissionais têm implícitas nas suas práticas.

Outra dificuldade sentida foi na pesquisa de estudos relacionados com este tema, em que verificou-se que existem poucos estudos relacionados com a interação profissional-idoso, nomeadamente na conceção de atitudes e estereótipos face aos mesmos.

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.

Assim, no futuro, será pertinente desenvolver mais pesquisa que contorne as limitações apontadas, nomeadamente no aumento do número de profissionais e a possibilidade de desenvolver metodologias qualitativas, nomeadamente a entrevista, para obtenção de mais informação, visando atingir uma melhor compreensão do fenómeno neste tipo de população.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. & Cunha, G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 147-155.
- Almeida, A. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: *Aspetos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Almeida, A. & Rodrigues, V. (2008). A qualidade de vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1-8.
- Almeida, M. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*, 3, 6-14.
- Altman, I., Lawton, M., & Wohlwill, J. (Eds.). (1984). Elderly people and the environment. Human behavior and environment: *advances in theory and research*, vol. 7. New York: Plenum.
- APA (American Psychological Association) (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59 (4), 236-260.
- Araújo, L., Coutinho, M. & Saldanha, A. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *Psico*, 36 (2), 197-204.
- Araújo, L., Coutinho, M. & Santos, M. (2006). O Idoso nas Instituições Gerontológicas: *Um estudo na Perspectiva das Representações Sociais*. *Psicologia & Sociedade*; 18 (2), 89-98.
- Araújo, L. & Carvalho, V. (2004). *Estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade.
- Areosa, S. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos e Contextos*, 3, 1-12.
- Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D. (1993). Institutionalisation: *why blame the institution?* *Ageing and Society*, 69-81.
- Barros, C. (2006). *Bem-estar subjetivo, actividade física e institucionalização em idosos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain.
- Berger, L. & Mailloux- Poirier, D. (1995). *Pessoas: uma abordagem global: processo global de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 11-19
- Bernardino, M. (2005). As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: *uma perspectiva de educação e promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Bôas, L. (2004). Teoria das Representações Sociais e o conceito de emoção: *diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana*. *Psicologia da Educação*, 19, 143-166.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Born, T., & Boechat, N. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. in Freitas, A., Neri, F., Cançado, M. Gorzoni, & Rocha, S.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan. 122-145

Brewer, M. & Crano, W. (1994). *Social Psychology*. West Publishing Company: Minneapolis: Saint Paul.

Butler, R. (1969). Age-ism: *another form of bigotry gerontologist*, 9(4), 243-246.

Cabecinhas, R. (2004). Processos cognitivos, cultura e estereótipos sociais. Actas do II Congresso Ibérico de Ciências da Comunicação, Universidade da Beira Interior: Covilhã.

Cachioni, M. (2002). *Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de Universidade da terceira idade*. Tese de doutorado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas.

Cachioni, M. (2002) Quem Educa os Idosos? *Um estudo sobre Professores de Universidades da Terceira Idade*. Campinas, Átomo e Alínea, 155-175

Cachioni, M. & Neri, A. (2004). Educação gerontológica: *desafios e oportunidades*. *Vivencer - Revista Interdisciplinar sobre o envelhecimento*, 1 (1), 69-78.

Cachioni, M. & Aguilar, L. (2008). Crenças em relação à velhice entre alunos de graduação, funcionários e coordenadores professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Revista Kairós*. São Paulo, 11 (2), 95-119. [Acedido em 01/04/2012], Disponível na internet em URL:

<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395/1488>.

Calenti, J. (2002). Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Cardoso, M. & Gomes, R. (2000). Representações sociais e história: referenciais teórico metodológicos para o campo da saúde colectiva. *Cadernos Saúde Pública*, 16 (2), 499-506.

Carlos, S., Maraschin, C. & Cantergi, M. (2000). O velho e a representação social da velhice. *Revista Kairós: Gerontologia*, 3 (3) 35- 52.

Carrilho, M. & Patricio, L (2009). *A Situação Demográfica Recente em Portugal*. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa, ISSN 1645-5657. N.º46.

Carvalhais, M. (2006). Relação enfermeiro-idoso: *valores e crenças*. Tese de Dissertação não publicada em Geriatria e Gerontologia da Universidade de Aveiro, 138-144.

Carvalho, J. (1999). Velhice, alteridade e preconceito: *dimensões do imaginário grupal com idosos*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (3) 5, 29-40.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Revista Millenium*, 40, 161-184.

Castañon, G. (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.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Castro, C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso Em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.

Castro, F., Diaz, A. & Veja, J. (1999). Construcción psicológica da la identidad regional: *tópicos y estereótipos en el proceso de socialización el referente a Extremadura*. Badajoz: Gráfica Disputación Providencial de Badajoz.

Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A. & Ojeda, A. (2007). La Vejez desde la Mirada de los Jóvens Chilenos: *Estudio Exploratorio. Ultima Década*, 27, 75-91.

Catita, P. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.

Cerqueira, M. & Sousa, L. (2005). Retratos sociais da velhice. In A. M. Ferreira (Coord.), *A luz de saturno- figurações da velhice- Separata*. Aveiro: Associação Labor de Estudos Portugueses. Universidade de Aveiro, 283-292.

Chew, D. & Greenhill, J. (2007). Nurses's attitude toward elderly people and knowledge of gerontic care in a mult-purpose health service. *Australian Journal of Advanced Nursing*. [Acedido em 26/05/2012] Disponível na internet em URL: <http://www.ajan.com.au/vol24/vol24.4-7.pdf>.

Choi, N. & Dinse, S. (1998). Challenges and opportunities of the aging population. *Educacional Gerontology*, 25(6), 595-661.

Coelho, S. (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.

Costa, M. (2000). Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros: *um estudo etnográfico numa unidade de medicina*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa

Couto, M. (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.

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

Cuddy, A., Norton, M. & Fiske, S. (2005). This Old Stereotype: *The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype*. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 267-285.

Cruz, J., Fontes, M., Santos, J. & Bergo, M. (2003). Percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus-tratos no espaço familiar. *Textos Sociais de Envelhecimento*, 6 (2), 1-13. [Consultado em 14/04/2012], Disponível na internet em URL: Http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151759282003000200005&lng=pt&nrm=iso - 7k.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Deschamps, J. & Beauvois, J. (1996). Des attitudes aux attributions: *sur la construction sociale de la réalité. La psychologie sociale*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble

Diniz, J. (2002). Viver até ao fim. In Viegas, V. (Coord.) *Cadernos da Direcção Geral de Saúde: Vinte Anos de Diagnóstico Precoce*. Lisboa: Publicação Seriada, 1, 11-15.

Diniz, M. (2003). Preconceito em relação ao idoso prejudica atendimento hospitalar. *Jornal da Paulista*, 16 (179). [Consultado em 22/04/2012] Disponível na internet em URL:

[Http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm](http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm).

DeVellis, R. (1991). Scale development: *Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

Doherty, M., Mitchell, E. & O'Neil, S. (2011). Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population: *a survey using the Kogan scale*. *Nursing Research and Practice*. [Consultado em 20/05/2012], Disponível na internet em URL:

<http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2011/352627.pdf>.

Duarte, V., Santana, M., Soares, M., Dias, D. & Thofern, M. (2005). A Perspectiva do Envelhecer para o ser idoso e sua família, Família. In *Saúde Desenvolvimento*, 7 (1), 42-50.

Encarnação, N. et al. (1998). Intervenção do terapeuta ocupacional no apoio domiciliário da pessoa idosa. Breves reflexões. In *Geriatrics*, Lisboa, (11, 104), 25-26.

Elsner, V., Pavan, F. & Guedes, J. (2007). Violência contra o idoso: *ignorar ou atuar?* *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4 (2), 46-54.

Fernandes, A. (1997). Velhice e Sociedade: *Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. (2007) - *Determinantes da mortalidade e da longevidade*. In *Análise Social*. ISSN 0003-2573, XLII (183), 419-443.

Fernandes, A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: *Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. *Sociologia, Problemas e Práticas*. ISSN 0873-6529, 36, 39-52.

Ferreira, S. (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.

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.

Filho, H., Koch, L., Bisinelli, J., Moysés, S., Moysés, S. & França, B. (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.

Fitzgerald, J. et al. (2003). Relating medical student's knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *The Gerontologist*, 43 (6), 849-855.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* Madrid: Ediciones Pirámide, 31- 53.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Ferreira-Alves, J. & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1) 65-77.

Fonseca, A. (2004). *Uma Abordagem Psicológica da "Passagem à Reforma" Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Porto.

Fortin, M. (2009). O processo de investigação: a concepção à realização. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-x, 388.

Flick, U., Fischer, C., Schwartz W. & Walter U. (2002). Social representations of health by health professionals: the case of general practitioners and home-care nurses. *Symposium: Social representations of health and illness*, 41 (4), 581-602.

Freitas, E. *et al* (2011). Atividade física. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978-85-277-1905-6, Cap.601.

Frumi, C. & Celich, K. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 92-100.

Gásquez, J., Pérez-Fuentes, M., 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.

Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade: in *revista de geriatria*, lisboa, VII, 68, 6-10.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (1), 28-47.

Guedes, J. (2007). *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Gurung, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: *insights from the Mac Arthur studies of successful aging*. *Psychology and Aging*, 18(3), 487-496.

Herdman, E. (2002). Challenging the discourse of nursing ageism. *Journal of Nursing Studies*, 39, 105-114. [Consultado em 22/05/2012], Disponível na internet em URL: [Http\\:www.elsevier.com/locate/ijnurstu](http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu).

Hess, T., Hinson, J. & Statham, J. (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.

Hook, M. (2006). Partnering with patients: *a concept ready for action*. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402, 56 (2).

Hummel, C. (1995). Images de la vieillesse, représentation de l'a altérité. Université de Genève.

INE (Instituto Nacional de Estatística - Portugal), (2001). O envelhecimento em Portugal: *situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

INE (2002). Actualidades do INE: O Envelhecimento em Portugal: *Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa. [Consultado em 11/04/2012], disponível na internet em URL:

http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf.

INE (2007). Informação à comunicação social: Dia Mundial da População. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. [Consultado em 11/04/2012], disponível na internet em URL: www.ine.pt.

Jacinto, L. (2003). *Uma proposta de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.

Jacob, L. (2001). Envelhecimento. [Acedido em 20/05/2012], disponível na internet em URL: <http://luisjacob.planetaclix.pt/gerontologia.htm>.

Jacob, L. (2007). Animação de Idosos, 3. Lisboa: Ambar.

Jodelet, D. (2001). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: Eduerj.

Kite, M., Deaux, K. & Miele, M. (1991). Stereotypes of Young and Old: Does Age Outweigh Gender? *Psychology and Aging*, 6 (1), 19-27.

Kocarnik, R. & Ponzetti, J. (1986). *The Influence of Intergenerational Contact on Child Care Participants' Attitudes Toward the Elderly*. *Child Care Quarterly*, 15(4), 244-250.

Kuznier, T. (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.

Ledesma, R., Ibáñez, G. & Mora, P. (2002). Análisis de la consistência interna mediante el Alpha de Cronbach: *Un programa baseado en gráficos dinâmicos*. *Psico-USF*, 2, 143-152.

Leite, M. (2005). A velhice pessoal no imaginário dos estudantes de enfermagem. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*. Porto Alegre. ISSN: 1517-2473. V.8, 115-124.

Lerner, R., Easterbrooks, M., & Mistry, J. (2003). *Handbook of Psychology: Vol. 6. Developmental Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Leyens, J., Yzerbyt, V. & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and Social Cognition*. London: Sage Publications.

Lichtenstein, M., Pruski, L., Marshall, C., Blalock, C., Lee, S. & Plaetke, R. (2003). Sentece completion to assess children's views about aging. *The Gerontologist*, 43, 839-848.

Lima, N. (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.

Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: *Funcionalidade e Aptidão Física*. *Revista Referência*, 2 (4), 61-68.

Lopes, E. & Park, M. (2007). *Representação Social de crianças acerca do velho e do envelhecimento*. *Estudos de Psicologia*, 12 (2), 141-148.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Lothian, K. & Philip, I. (2002). Manter a Dignidade e Autonomia dos Idosos ao Nível dos Cuidados de Saúde. *British Medical Journal*. Edição em língua portuguesa, 11 (4).

Lutsky, N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1, 287-336.

McCracken, A., Fitzwater, E. & Lockwood, M. (1995). Comparison of nursing students attitudes toward elderly in Norway and the United States. *Educational Gerontology*, 21, 167-180.

McGuire, S., Klein, D. & Chen, S. (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing and Health Sciences*, 10, 11-16.

Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), 6-14.

Marques, S., Lima, M. & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.

Martins, R. & Rodrigues, M. (2004). *Estereótipos sobre Idosos: uma representação social gerontofóbica*. *Millenium Revista do ISPV*, N.º 29, 249-254. [Consultado em 1/05/2012]. Disponível na internet em URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>.

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.

Massaia, E. (2005). *A concepção de Envelhecimento de Idosos Institucionalizados*. Tese de Doutoramento para obtenção do grau de Doutor em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Matheson, D., Collins, C. & Kuehne, V. (2000). Older adult's multiple stereotypes of young adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 51 (4), 245-257.

Matsumoto, D., & Juang, L. (2004). *Culture and psychology*. Belmonte: Wadsworth/Thomson Learning.

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.

Menezes, R., Souza, M. & Cardoso, T. (2007). O conhecimento de Académicos de Fisioterapia em relação à Velhice e ao Envelhecimento. *Fragmentos de cultura*, 17 (3/4), 293-301.

Mennocchi, L. (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. (2008). Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *Revista Argentina de Sociologia*, 6 (10), 143-150.

Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (Modelos de Disminución y de Crecimiento). *Anales de psicología*, 14 (1), 13-25.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

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

Moscovici, S. (2003). Representações sociais: *investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Murillo, E., Correa, M. & Aguirre, O. (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.

Neri, A. & Jorge, M. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: *subsídios ao planejamento curricular*. Estudos de Psicologia. Campinas, 23 (2), 127-137. [Consultado no dia 9/05/2012], disponível na internet em URL: http://.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0103-166x2006000200003.

Neri, A. (2006). Atitudes em relação à velhice: *questões científicas e políticas*. In Freitas, E. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª Ed. Rio Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 978-85-277-1199-9, Cap. 141.

Neto, F. (1998). *Psicologia 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. (2007). *Atitudes dos alunos brancos em relação a alunos negros*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Universidade Aberta, Porto, Portugal.

Oxford Dictionary. (2002). Oxford University Press [CD-ROM versão 3.00].

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

Palmore, E. (2001). The Ageism Survey: *First findings*. *The Gerontologist*, 41, 337-355.

Palmore, E. (2004). Research note: *Ageism in Canada And United States*. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46.

Parales, C. & Ruiz, E. (2002). La Construcción Social del Envejecimiento y de la Vejez: *Un Análisis Discursivo en Prensa Escrita*. *Revista Latino Americana de Psicología*, 24 (1-2), 107-121.

Paúl, M. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

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

Paulino, L. (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.

Perracini, M. (2006). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In Freitas, L., Cançado, J., Doll, & Gorzoni, M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 142-1151

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Pereira, M., Ferreira, F., Martins, A. & Cupertino, C. (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.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 10*, 6-16.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Poeschl, G. (2008). *Análise de dados na investigação em Psicologia*. Coimbra: Almedina.

Polizzi, G. & Steitz (1998). Examining the aging semantic differential: *suggestions for refinement. Educational Gerontology, 24*, 207-223. [Consultado dia 15/04/2012]. Disponível na internet em URL:

http://www.eric.gov/ERICWebPortal/search/detailmini.jsp?nfpb=true&ERICExtSearch_SearchValue_0=EJ563510&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=EJ563510.

Postmes, T., Haslam, S. & Swaab, R. (2005). Social influence in small groups: *An interactive model of social identity formation. European Review of Social Psychology, 16*, 1-42.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pinquart, M., Wenzel, S., & Soerensen, S. (2000). Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work. *Educational Gerontology, 26*, 523-540.

Prado, S. & Sayd, J. (2006). A Gerontologia como campo do conhecimento científico: *conceito, interesses e projeto político. Ciencia e Saúde Colectiva, 11* (2), 491-501.

Prette, A. & Prette, Z. (2003). *Assertividade, sistema de crenças e identidade social. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, 9* (13), 125-136.

Quintela, M. (2001). *O papel dos lares de terceira idade. Geriatrics, 14* (136), 37-45.

Reed, B. Beall, S & Baumhover, L. (1992). Gerontological education for students in nursing and social work: *Knowledge, attitudes and perceived barriers. Educational Gerontology, 18*, 625-636.

Reis, P. & Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista Esc Enfermagem, 41* (1), 57-64.

Ribeiro, A. (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. (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.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Rupp, D., Vodanovich, S. & 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.

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

Sanchez, M. (2000). A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações sociais para idosos de uma unidade ambulatoria geriátrica. In Universidade Aberta da Terceira Idade. *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro. ISSN: 1517-5928. V.3 (3), 1-15.

Sánchez, A. (1982). Imagen y Estereotipos Acerca de los Ancianos en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14(3), 363-383.

Santana, A., & Filho, J. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31 (1), 134-146.

Santos, A. (2002). O imaginário do envelhecer desprendendo mitos, preconceitos e ideias errôneas. Bahia: Ministério da Saúde do Brasil.

Santos, R.F. (2008). *A Influencia 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.

Schachter-Shalomi & Miller, R. (1996). Mais velhos mais sábios: *uma visão nova e profunda da arte de envelhecer*. Rio de Janeiro: Campus.

Schneider, D.J. (2004). *The Psychology of Stereotyping*. New York: Guilford. Schaeie, K. & Hendricks, J. (2000). The evolution of the aging self: the societal impact on the aging process. Broadway: Springer Publishing Company.

Scharf, T., Phillipson, C. & Smith, A. (2001). Social Exclusion and Older People: exploring the connections. *Education and Ageing*, 6 (3), 303- 320. Press.

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

Shoen, D. (1993). Nursing student attitudes after an experience with independent elderly. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14, 43-47.

Sijuwade, P. (2009). Attitudes towards Old Age: *A Study of the Self-Image of Aged*. *Stud Home Comm Science*, 3(1), 1-5.

Silva, C., Fossatti, A. & Portella, M. (2007). Percepção do Homem Idoso em Relação às Transformações decorrentes do processo de Envelhecimento Humano. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, 12, 111-126.

Silva, J. (2006). Quando a vida chega ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8930-25-9, 332.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Silva, C. (2007). *Preconceitos etnoculturais: meio rural e meio urbano: contributo para a educação intercultural*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta: Lisboa.

Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.

Simões, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: factores sociodemográficos e de personalidade. Modelos e práticas em educação de adultos - *Actas das III Jornadas NAPFA Coimbra*: Ediliber Editora de Publicações, 301-320).

Simões, A. (2006). A nova velhice. Um novo público a educar. Porto: Ambar.

Slotterback, C. & Saarnio, D. (1996). Attitudes toward older adults reported by young adults: *Variation based on attitudinal task and attribute categories*. *Psychologic*, 52, 653-662.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Ambar.

Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2004). Age variations in the perceptions of how to age successfully: An exploratory study in the portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 327-335.

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. & Burke, P. (2000). Identity Theory and Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(3), 224-237.

Suzuki, M., Demartini, S., & Soares, E. (2009). Perfil do idoso institucionalizado na cidade de marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica*, 9 (3), 256-268.

Taylor, K. & Harned, T. (1978). Attitudes Towards Old People: *A study of Nurses who Care for the Elderly*. *Journal of Gerontological Nursing*, 4, 43-7.

Teixeira, M. (2002). *Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 125-142.

Thane, P. (2000). An untiring zest for life: *images and self-images of old women in England*. *Journal of Family History*, 25 (2), 235-247.

Tornstam, L. (2006). The Complexity of Ageism: *A Proposed Typology*. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1, 43-68.

Uhlenberg, P. (1997). Replacing the nursing home. *The public interest*, 128, 73-84.

Valentini, M. & Ribas, K. (2003). Terceira Idade: *Tempo para Semear, Cultivar e Colher*. *Analecta*, 4(1), 133-145

Vaz, S. (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., Nascimento-Schulze, C. & Camargo, B. (1999). Representações Sociais do Envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 1-19.

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Veríssimo, L. (2001). Papel do Desviante no Sistema Normativo do Grupo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: *loneliness, social isolation and living alone*. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-17.

Viegas, L. - *Atitudes dos Enfermeiros para com as Pessoas Idosas: um estudo exploratório*. In *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904.V.10, N.º 2 (2006) pp. 47-56.

Walsh, F. (1989). The family in later life. In Carter B. & McGoldrick, M. (Eds.), *The changing family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon, 311-334

Wachelke, J. & Camargo, B. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41 (3), 379-390.

Woolf, L. (1998). Effects of age and gender on perceptions of younger and older adults. In Woolf, L. *Ageism*. [Consultado em 12/04/2012], Disponível na internet em URL:

<http://www.webster.edu/~woolfm/ageismlist.html>.

World Health Organization (Who), 2005. *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília. [consultado em 22/04/2012]. Disponível em URL: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf.

Yin, P. & Harris, M. (2002). Gender Stereotyping of Managers and the Self Concept of Business Students across their Undergraduate education. In *Woman in Management Review*, 17, (8), 364-372.

Zimerman, G. (2000). *Velhice aspectos psicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Anexo I

QUESTIONÁRIO

O presente questionário é parte integrante do estudo “Estereótipos sobre idosos: Representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade”, a ser desenvolvido pela aluna Carolina Neves, no âmbito da sua tese de dissertação de Mestrado em Gerontologia, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Com este estudo pretende-se conhecer as atitudes e conhecimentos dos Profissionais que trabalham com a terceira idade.

Toda a informação é anónima e confidencial, sendo utilizada apenas para fins associados ao referido estudo.

Não existem respostas certas nem erradas. A sua colaboração é fundamental. Por favor responda com toda a sinceridade, sempre de acordo com o que faz, sente ou pensa, não deixando respostas em branco.

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E LABORAL

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa à sua situação profissional.

1 – Sexo: Masculino Feminino

2 – Idade: _____ anos

3 – Estado Civil:

Solteiro (a) Casado (a)

Divorciado (a) Viúvo (a)

União de facto

4 – Habilitações académicas:

Bacharelato Qual? _____

Licenciatura Qual? _____

Pós-Graduação Qual? _____

Mestrado/Pós-licenciatura Qual? _____

Doutoramento Qual? _____

5 – Categoria profissional:

Educador (a) Social Animador (a) Sociocultural

Assistente Social Médico (a)

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

- Gerontólogo (a) Enfermeiro (a)
 Psicólogo (a) Outro (s) Qual? _____

6 Possui idosos no agregado familiar?

- Sim Não

7- Área Residência: Rural Urbana

8 Além da sua formação base, tem formação específica na área da gerontologia?

- Sim Não

Se sim, qual: _____.

9 – Há quanto tempo trabalha na área da terceira idade? _____.

PARTE II – AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS FACE AOS IDOSOS

<i>ESCALA OP DE KOGAN- Atitudes face aos idosos (1961)</i> (trad. Elisabete Nunes, 1995)						
<p>Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever os idosos. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (x) o algarismo que melhor indica <u>como descreve os idosos</u>, sendo que, 1- Discordo Totalmente e 6- Concordo Totalmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível <u>o seu sentimento</u> para com os idosos.</p>						
1- Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares com pessoas da sua idade.	1	2	3	4	5	6
2- A maioria dos idosos não é diferente das outras pessoas: são tão fáceis de compreender como os jovens.	1	2	3	4	5	6
3- A maioria dos idosos é incapaz de mudar e só faz aquilo que quer.	1	2	3	4	5	6
4- A maioria dos idosos preferiam deixar de trabalhar, assim que os filhos tivessem rendimentos para os sustentar.	1	2	3	4	5	6
5- A maioria dos idosos tende a deixar as suas casas desarrumadas e desleixadas.	1	2	3	4	5	6
6- Uma das qualidades mais interessantes nos idosos é a forma como expressam as suas experiências passadas.	1	2	3	4	5	6
7- Quando nós pensamos sobre isso, os idosos têm os mesmos defeitos que os outros.	1	2	3	4	5	6
8- A maioria dos idosos deveria preocupar-se mais com o seu aspecto pessoal, são muito desleixados.	1	2	3	4	5	6
9- Os idosos são, na sua maioria, irritáveis, refilões e desagradáveis.	1	2	3	4	5	6

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

10-A maioria dos idosos raramente se queixa do comportamento dos mais novos.	1	2	3	4	5	6
11-A maioria dos idosos não necessita de mais amor e segurança do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
12-Provavelmente será melhor que os idosos vivam em lares que também tenham pessoas mais novas.	1	2	3	4	5	6
13-De forma a manter uma vizinhança agradável, será melhor se não houver muitos idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
14- Existe algo de diferente sobre a maioria dos idosos: é difícil imaginar um pensamento que os anima.	1	2	3	4	5	6
15- A maioria dos idosos faz-nos sentir que é repousante estar com eles.	1	2	3	4	5	6
16-É loucura pensar que a sabedoria vem com a idade.	1	2	3	4	5	6
17-A maioria dos idosos é capaz de se adaptar às mudanças sempre que a situação o exija.	1	2	3	4	5	6
18-A maioria dos idosos passa o tempo a meter-se nos assuntos dos outros e a dar conselhos que ninguém pediu.	1	2	3	4	5	6
19-A maioria dos idosos está constantemente a queixar-se do comportamento dos mais jovens.	1	2	3	4	5	6
20-É evidente que os idosos são diferentes uns dos outros.	1	2	3	4	5	6
21-A maioria dos idosos preocupa-se muito com o seu aspecto pessoal.	1	2	3	4	5	6
22-Os idosos são, na sua maioria, alegres, bem-humorados e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
23-A maioria dos idosos preferiam continuar a trabalhar até que lhes fosse possível, em vez de estar dependente de qualquer pessoa.	1	2	3	4	5	6
24-Os idosos têm muito poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
25-A maioria dos idosos faz-nos sentir pouco à vontade.	1	2	3	4	5	6
26-Os idosos, na sua maioria, têm tendência para serem discretos e não darem conselhos sem lhes pedirem.	1	2	3	4	5	6
27-Se os idosos esperam que gostem deles, o seu primeiro passo é livrarem-se dos seus defeitos irritantes.	1	2	3	4	5	6
28-Apesar de algumas exceções, os idosos, em geral, são muito parecidos uns com os outros.	1	2	3	4	5	6
29-Os idosos deveriam ter mais poder nos negócios e na política.	1	2	3	4	5	6
30-A maioria dos idosos aborrece os outros pela sua insistência em falar “dos bons velhos tempos.”	1	2	3	4	5	6
31-Podemos contar com uma vizinhança agradável, se existir uma quantidade razoável de idosos a viverem lá.	1	2	3	4	5	6
32-A maioria dos idosos faz exigências excessivas de amor e segurança.	1	2	3	4	5	6
33-Pode considerar-se que a maioria dos idosos tem as suas casas limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6
34-As pessoas tornam-se mais sagazes à medida que envelhecem.	1	2	3	4	5	6

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

PARTE III – AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS FACE À VELHICE

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO À VELHICE
(PALMORE-NERI-CACHIONI, 2002)**

Leia cada uma das frases seguintes e assinale com uma cruz (x) a alínea que considerar mais indicada.

<p>1. A proporção de pessoas com mais de 65 anos, que apresentam problemas cognitivos severos é:</p> <p>a) uma em 100 b) uma em 10 c) uma em duas d) a maioria</p>	<p>2. No envelhecimento os sentidos que tendem a enfraquecer são:</p> <p>a) a visão e a audição b) o paladar e o olfato c) a visão, a audição e o tacto d) todos os sentidos</p>
<p>3. A maioria dos casais acima de 65 anos:</p> <p>a) perdem o interesse por sexo b) não são capazes de ter relações sexuais c) continuam a praticar sexo regularmente d) têm uma frequência elevada de atividade sexual</p>	<p>4. A capacidade pulmonar nos idosos saudáveis:</p> <p>a) tem tendência a piorar b) tem tendência a manter c) tem tendência a melhorar d) não tem relação com idade</p>
<p>5. Nos idosos a satisfação com a vida:</p> <p>a) não existe b) é maior do que entre os jovens c) é menor do que entre os jovens d) não tem relação com a idade</p>	<p>6. A força física nos idosos saudáveis:</p> <p>a) tende a declinar com a idade b) tende a permanecer a mesma c) tende a aumentar d) não tem relação com idade</p>
<p>7. A proporção de portugueses com mais de 65 anos que residem em lares e casas de repouso é de:</p> <p>a) 1 para 100 b) 10 para 100 c) 25 para 100 d) 50 para 100</p>	<p>8. O número de acidentes que envolve condutores com mais de 65 anos, em comparação com condutores de 30 a 40 anos é:</p> <p>a) maior b) a mesma c) menor d) desconhecida</p>
<p>9. Em comparação com os trabalhadores com 25 a 35 anos, os de 50 a 60 anos apresentam:</p> <p>a) maior eficiência b) a mesma eficiência c) menor eficiência d) depende do tipo de trabalho</p>	<p>10. A proporção de pessoas com 60 a 70 anos que se mantém ativas é:</p> <p>a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade</p>
<p>11. A flexibilidade de adaptação a mudanças nas pessoas com 60 a 70 anos é:</p> <p>a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade</p>	<p>12. Em comparação com os jovens a capacidade de aprender em pessoas com 60 a 70 anos é:</p> <p>a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade</p>
<p>13. Em comparação com os jovens, os idosos têm a seguinte propensão à depressão:</p> <p>a) maior b) menor c) igual d) não depende da idade</p>	<p>14. Em comparação com os jovens a velocidade de reação das pessoas com 60 a 70 anos é:</p> <p>a) menor b) igual c) maior d) não depende da idade</p>

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

<p>15. Em comparação com os jovens os idosos: a) valorizam mais as amizades chegadas/próximas b) procuram mais, fazer novos amigos c) têm pouco interesse em amizades d) não depende da idade</p>	<p>16. Em comparação com os jovens, os idosos são: a) mais emotivos b) menos emotivos c) igualmente emotivos d) não depende da idade</p>
<p>17. A proporção de pessoas com 60 a 70 anos que vivem sozinhas é: a) pequena b) média c) grande d) não tem relação com a idade</p>	<p>18. A taxa de acidentes de trabalho entre adultos mais velhos tende a ser: a) maior b) igual c) menor d) depende do tipo de tarefa</p>
<p>19. A percentagem de portugueses acima de 60 anos é: a) 8,2% b) 4,5% c) 13% d) 23%</p>	<p>20. No sistema público de saúde o tratamento a idosos comparativamente com o tratamento a jovens tem prioridade: a) menor b) igual c) maior d) não tem relação com a idade</p>
<p>21. A maioria dos idosos portugueses têm rendimento mensal de: a) até 1 salário mínimo b) 1 a 3 salários mínimos c) 3 a 5 salários mínimos d) 5 a 10 salários mínimos</p>	<p>22. A maioria dos idosos são: a) economicamente ativos b) socialmente produtivos, mas economicamente inativos c) improdutivos d) reformados</p>
<p>23. A religiosidade tende a: a) crescer com a idade b) diminuir com a idade c) manter-se com a idade d) não tem relação com a idade</p>	<p>24. Com a idade a maioria dos idosos: a) tornam-se mais emotivos b) tornam-se menos emotivos c) tornam-se emocionalmente mais seletivos d) não mudam</p>
<p>25. Em comparação com as velhas gerações, as próximas gerações de idosos serão: a) mais educados b) menos educados c) tão educados quanto d) não é possível prever</p>	

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Estereótipos Sobre Idosos: Representação Social em Profissionais que trabalham com a terceira idade

Anexo II

Viseu, de 2012

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Exmo. (s) Senhor (s):

Eu, Carolina Filipa Ornelas Neves, aluna do Mestrado em Gerontologia na Universidade da Beira Interior, venho por este meio solicitar a V. colaboração no desenvolvimento do estudo de dissertação do mestrado, intitulado “Estereótipos sobre idosos: Representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade”.

Este estudo visa conhecer as atitudes e conhecimentos dos Profissionais que trabalham com a terceira idade, pelo que não se destina de modo algum a avaliar o funcionamento interno da instituição. Pretende-se recolher informação junto dos profissionais de quadros superiores que estejam envolvidos directamente com a população idosa.

Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados.

Deste modo, o que solicito mais precisamente é a vossa autorização para que possa aplicar um questionário com questões relacionadas com imagens da velhice, onde se pretende conhecer a percepção que os profissionais que trabalham com esta população têm.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a mais elevada e estima consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(Carolina Filipa Ornelas Neves – email: carolina_neves9@hotmail.com)