



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Representações Sociais do Idoso e do Envelhecimento, em Cuidadores Formais de Idosos

Sandrina Ferreira Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, Outubro de 2011

Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas
Tanto mais belas quanto mais antigas
Vencedoras da idade e das procelas...

O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.

Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,

Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos
Dando sombra e consolo aos que padecem!

A velhice de Olavo Bilac

Resumo

A imagem é um símbolo complexo, inconsciente e multidimensional. Quando associada a processos sociais, como o envelhecimento, esta pode assumir interpretações negativas, positivas e/ou neutras. Estudos demonstram que a percepção que as pessoas têm do envelhecimento é maioritariamente negativa, associando-a a dimensões negativas (solidão, doença, dependência, inutilidade). Os cuidadores formais, como qualquer indivíduo inserido na sociedade, estão sujeitos a crenças quer positivas quer negativas acerca do envelhecimento. Sendo assim, o estudo em questão visa conhecer as imagens e estereótipos do envelhecimento em 101 cuidadores formais de idosos (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros). Para tal foi utilizado um questionário sócio-demográfico e a Escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), que tem como ângulo caracterizar as imagens sociais da velhice e de envelhecimento em diferentes grupos etários. Esta escala é composta por quatro fatores (Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência Relacional e Cognitiva, Maturidade, Atividade e Afetividade e Inutilidade). Os resultados demonstraram que em relação ao género, os homens obtiveram uma pontuação maior na escala total e em três fatores, todos eles representando uma dimensão negativa. Em relação à idade os resultados sugerem que os indivíduos mais novos têm menos imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento e que os cuidadores com idades compreendidas entre os 60 e 69 anos apresentam mais imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento. Em relação à área de residência observa-se uma tendência para os cuidadores de idosos residentes em zona urbana, salientarem a imagem positiva e os residentes em área rural salientarem a negativa. Relativamente à variável Escolaridade os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas, que indicam que quanto menor for o nível de escolaridade, mais imagens e estereótipos os cuidadores tendem a atribuir ao idoso e ao envelhecimento. Em relação à experiência de trabalho com idosos, curiosamente, na escala completa, os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento são os cuidadores que têm entre 20 a 29 anos de experiência com idosos. Nomeadamente à formação na área da geriatria/gerontologia verifica-se que na escala completa os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos são aqueles que não apresentam qualquer tipo de formação nesta área, mas não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Os resultados demonstram que os cuidadores que tiveram uma formação profissional apresentam mais imagens e estereótipos negativos do idoso e do envelhecimento do que aqueles que têm uma formação superior em geriatria/gerontologia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Imagens negativas; Estereótipos; Escala ImAges.

Abstract

The image is a complex, unconscious and multidimensional symbol. When coupled with social processes such as aging, it may take a negative, positive and / or neutral interpretation. Studies show that the perception people have of aging is mostly negative, associating it with negative dimensions (loneliness, illness, dependency, helplessness). The formal caregivers, inserted as any individual in society, are subject to both positive and negative beliefs about aging. Thus, the present study aims to understand the images and stereotypes of aging in 101 formal caregivers of older people (nurses, psychologists, social workers, among others). For this we used a sociodemographic questionnaire and scale ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), whose main objective is to characterize the social images of old age and aging in different age groups. This scale is divided in four factors (Addiction, Sadness and Old Fashioned, Relational and Cognitive Incompetence, Maturity, Activity and Affection and Worthless). The results showed that in relation to gender, men scored higher on the total scale and three factors, all of them representing a negative dimension. Regarding age, the results suggest that younger individuals have fewer images and stereotypes of aging, and caregivers between 60 and 69 years old have more images and stereotypes of the elderly. Regarding area of residence there is a tendency for caregivers of elderly people living in urban areas, to show a positive image and those who live in rural area have more negative images of the elderly. For the education variable results demonstrated statistically significant differences, indicating that the lower the level of education, more images and stereotypes tend to assign caregivers to the elderly and aging. Regarding the experience of working with the elderly, curiously, in full scale, caregivers who have more images and stereotypes of aging and the elderly are the caregivers who have between 20 and 29 years of experience with the elderly. The variable have/have not an education in geriatrics / gerontology, it appears that the caregivers who have more images and stereotypes are those that do not have any training in this area, but there are no statistically significant differences. The results show also that caregivers who had a professional education in geriatrics have more negative images and stereotypes of the elderly and aging than those who have a degree in geriatrics / gerontology.

Keywords: Aging; negative images, stereotypes; scale ImAges.

Agradecimentos

Aos meus pais por todo o apoio prestado durante toda a minha vida e me proporcionarem momentos de lazer e descontração em tempos de grande stress e ansiedade.

Ao meu querido irmão, pelo seu constante apoio e compreensão, pelos abraços e mimos que me deu e por partilhar comigo momentos únicos.

Às minhas amigas, não vale a pena nomear porque sabem quem são, com quem desabafei tantas vezes ao longo destes anos, por me animarem quando estava em baixo com palavras de apoio e carinho.

Agradeço aos meus colegas de turma pelas trocas de ideias e entajuda facultados ao longo do ano lectivo.

Agradeço à minha orientadora de dissertação a professora doutora Rosa Marina Afonso, pelas orientações e comentários pertinentes feitos para tornar isto tudo possível.

A todos um bem-haja!

Índice

Introdução	1
Objetivos e hipóteses da investigação	3
Método	4
Participantes	4
Instrumentos	6
Questionário Sócio-demográfico	6
Escala ImAges	7
Procedimentos	8
Análise dos Dados	9
Resultados	9
Discussão dos Resultados	19
Considerações Finais	23
Bibliografia	25
Anexos	32
Anexo 1 (Estado da Arte)	33
Anexo 2 (Questionário sócio-demográfico e Escala ImAges)	55
Anexo 3 (Ofício enviado às Instituições)	58

Introdução

As imagens e estereótipos associados à velhice assumem muito relevo devido ao envelhecimento da população e às consequências dos mesmos na forma como se vive esta etapa do ciclo vital. Parece sempre ter existido interesse no estudo do envelhecimento no sentido de se encontrar o “elixir” da vida. No entanto, só recentemente é que assistimos ao desenvolvimento de técnicas e formas para melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas (Silva, 2001).

O aumento da população idosa, a perda progressiva do seu status na sociedade atual, onde é muito valorizada a produtividade e o consumo, e o aumento de vulnerabilidade à doença, implicam uma visão global e multidimensional da velhice (Silva, 2001). O envelhecimento da população em Portugal e a importância de se proporcionar qualidade de vida nesta etapa evolutiva acentuam a importância de se desconstruírem falsas crenças relativas a esta fase da vida. Isto implica a organização de estruturas e redes de apoio destinadas aos idosos que precisam de apoio (Oliveira, 2008), de modo a que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso (Sequeira, 2010).

A sociedade influencia a formação de crenças e imagens acerca da população idosa (Ribeiro, 2007). Observa-se uma tendência para os indivíduos se auto categorizarem e para categorizarem os outros, de forma quase automática em função da idade (Ribeiro, 2007). Por conseguinte as pessoas acabam por fazer inferências sobre as competências e características em relação ao outro, exteriorizando em forma de imagens (Ribeiro, 2007).

O meio social e cultural é um veículo de transmissão de ideias preconcebidas, que podem ser ou não favoráveis relativamente a determinadas dimensões ou grupos (Catita, 2008). Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a ideias preconcebidas com um carácter negativo, sendo, por isso, frequentemente, alvo de discriminação, preconceitos, mitos e estereótipos (Catita, 2008). Isto surge devido à falta de conhecimento acerca da temática do envelhecimento e de todo o processo que o envolve (Catita, 2008). Os estereótipos associados à velhice tendem a gerar no idoso alguma perturbação, na medida em que podem limitar algumas potencialidades, mas também podem ainda levar a uma crescente aceitação e identificação com esses mesmos estereótipos (Castro, 2007; Silva, 2006). Esta situação pode implicar uma redução da autoestima, a perceção da diminuição das suas competências pessoais assim como uma deterioração da sua saúde física e mental (Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010). Tal situação gera uma necessidade crescente de se estudar as características da população idosa, para assim se poder contribuir para a modificação ou eliminação de certos estereótipos e crenças acerca dos indivíduos pertencentes a esta faixa etária (Gásquez, Pérez-Fuentes, González, Ruiz & Díaz, 2009)

Muitos dos mitos e estereótipos acerca da população idosa, alguns fortemente enraizados na nossa cultura, geram atitudes discriminatórias (Catita, 2008). Os estereótipos em relação à idade têm, frequentemente, um carácter negativo (Kite & Wagner, 2002; Butler, 2004) relativamente à personalidade e ao temperamento (e.g. envelhecer torna as

pessoas mais irritadiças e provoca mudanças bruscas de temperamento), aspetos sociais (e.g. velhice é sinónimo de solidão), afetividade (e.g. a velhice provoca perda de laços afetivos), sexualidade (e.g. os idosos perdem o interesse na atividade sexual), funções cognitivas (e.g. ser idosos significa perder as nossas habilidades cognitivas), saúde (e.g. ser idoso significa estar doente), interesses (e.g. ser idoso significa perder os hobbies e assim como em relação a outras áreas (Palacios, Torres & Mena, 2009). É importante salientar que estes estereótipos são mantidos quer pelos jovens quer pelos idosos (Fernández-Ballesteros, 1992; De Angelo, 2000).

O aumento da população idosa levou a um aumento de situações de dependência e por conseguinte, à necessidade de pessoas com formação para lidar com esta população, de forma a promover a manutenção da qualidade de vida do idoso e a não sobrecarregar a família, de maneira a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica (Sequeira, 2010). As políticas de saúde devem de providenciar uma resposta a esta realidade através de projectos que desenvolvam o envelhecimento bem sucedido; promovam a união e interacção familiar; e que protejam o idoso de situações de negligência, de más práticas e de violência física e psicológica. Porém para que esta realidade seja exequível, é necessário incrementar programas que possibilitam dotar os cuidadores de qualidades indispensáveis para uma assistência de qualidade e que passam, sobretudo, na propagação de informação, preparação, treino, apoio e suporte do prestador de cuidados, de forma a auxiliá-lo no desempenho desta notável profissão que é cuidar de alguém que necessita, ou seja, ajudar a outra pessoa a viver de maneira mais satisfatória e digna possível (Sequeira, 2010).

Desta forma no contexto da prestação de cuidados, existem duas formas distintas do cuidar: no âmbito do cuidado formal (atividade profissional) e no âmbito do cuidado informal. No âmbito do cuidado formal (atividade profissional), os prestadores deste tipo de cuidado são profissionais devidamente qualificados (como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros). Estes profissionais tiveram uma preparação específica para o desempenho deste tipo de papel, e podem desempenhá-lo num contexto laboral, exercendo esta atividade de forma remunerada e/ou voluntária em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outros (Sequeira, 2010).

No âmbito do cuidado informal, a família é, geralmente, a primeira e a mais constante ajuda para os seus membros (Cecagno, Souza & Jardim, 2004). O cuidado efetuado envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (e.g. alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços, como idas ao banco e à farmácia) (Cecagno, Souza & Jardim, 2004; Gordilho, Nascimento, Silvestre, Ramos, Freire, Espíndola, *et al.*, 2000). Os cuidados são desempenhados, preferencialmente, no domicílio por familiares, amigos, vizinhos ou outros (Sequeira, 2010). Os vizinhos e amigos tendem a assumir os cuidados em situações pontuais, quando a família está ausente e não lhes pode providenciar o cuidado que necessitam (De La Cuesta, 2004). Os cuidadores informais são designados desta forma, dado que são executados de forma não remunerada (Sequeira, 2010). Relativamente ao perfil do cuidador, um estudo efetuado em 2002, indica

que a maioria dos cuidadores são predominantemente mulheres (73%), nomeadamente esposas e filhas (Cerqueira & Oliveira, 2002).

É importante investigar no sentido de se conhecerem as ideias sobre o envelhecimento dos cuidadores.

Dentro desta linha, o estudo efetuado pretende avaliar que imagens os cuidadores formais de idosos têm acerca do idoso e do envelhecimento, e averiguar se existem diferenças entre os cuidadores com diferentes características sócio-demográficas e formações/escolaridade.

Objetivos e hipóteses da investigação

Esta investigação incide no estudo das imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento em cuidadores formais de idosos. Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Como objectivos específicos pretende-se:

- Avaliar as imagens e estereótipos do envelhecimento em cuidadores formais de idosos.
- Analisar se existem diferenças nas imagens e estereótipos da velhice comparativamente entre cuidadores formais de idosos com diferentes anos de experiência de trabalho com idosos.
- Averiguar se existem diferenças nas imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre cuidadores de diferentes faixas etárias.
- Analisar se existem diferenças nas imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre os cuidadores formais de idosos do género masculino e feminino.
- Averiguar se existem diferenças nas imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre os cuidadores formais de idosos com diferentes níveis de escolaridade.
- Analisar se existem diferenças nas imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre os cuidadores formais que residem numa zona urbana e que residem numa zona rural.
- Averiguar se há diferenças nas imagens do envelhecimento dos cuidadores formais com e sem formação na área da geriatria|gerontologia.
- Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas nas imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre cuidadores com diferentes tipos de formação na área da geriatria|gerontologia.

Tendo em conta os objetivos referidos, foram estabelecidas para este estudo as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H₁): Os cuidadores formais de idosos com mais anos de experiência com idosos possuem menos imagens e estereótipos negativos sobre o envelhecimento do que os cuidadores com menor experiência.

Hipótese 2 (H₂): Os cuidadores formais de idosos com formação em geriatria/gerontologia possuem menos imagens e estereótipos negativos do envelhecimento do que os cuidadores que não têm formação nesta área.

Hipótese 3 (H₃): Os cuidadores formais de idosos com o primeiro ciclo de escolaridade apresentam mais imagens negativas e estereótipos do envelhecimento do que os cuidadores com formação superior.

Hipótese 4 (H₄): Os cuidadores formais de idosos que pertencem a uma faixa etária mais jovem apresentam mais imagens negativas e estereótipos do idoso e do envelhecimento do que os cuidadores pertencentes a uma faixa etária mais velha.

Hipótese 5 (H₅): Os cuidadores formais de idosos do género masculino apresentam mais imagens e estereótipos do envelhecimento do que os cuidadores do género feminino.

Hipótese 6 (H₆): Os cuidadores formais de idosos residentes numa zona urbana apresentam menos imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento do que os cuidadores que residem numa zona rural.

Método

Participantes

Para este estudo, segundo Sequeira (2010) foram considerados como cuidadores formais os enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. No estudo efetuado participaram 101 cuidadores formais de idosos, com idades compreendidas entre os 22 e 62 anos de idade. A média de idades é de 40,77 anos (DP= 10,307), a mediana de 42 anos e a moda de 30 anos.

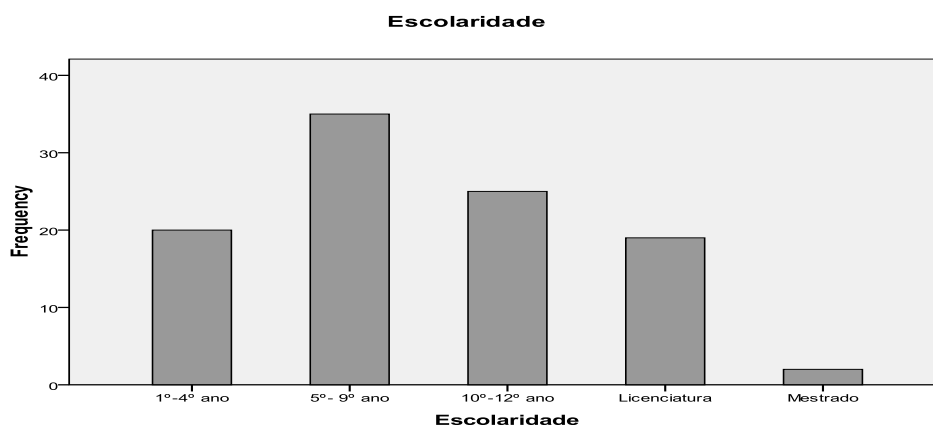
A amostra é composta por 19 (18,8%) sujeitos do sexo masculino e 82 (81,2%) sujeitos do sexo feminino. Quanto à zona residencial, 38 (37,6%) sujeitos residem numa zona urbana e 63 (62,4%) residem numa zona rural (tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra (N=101)

Cuidadores Formais	
Género	
Masculino	19 (18,8%)
Feminino	82 (81,2%)
Zona de residência	
Urbana	38 (37,6%)
Rural	63 (62,4%)
Escolaridade	
1º- 4º ano	20 (19,8%)
5º-9º ano	35 (34,7%)
10º-12º ano	25 (24,8%)
Ensino Superior	21 (20,8%)

Relativamente à escolaridade, 20 (19,8%) sujeitos possuem o primeiro ciclo (1º ao 4º ano), 35 (34,7%) sujeitos possuem entre o 5º e o 9º ano de escolaridade. Seguem-se 25 (24,8%) sujeitos com o ensino secundário (10º a 12º ano), 19 (18,8) sujeitos concluíram uma licenciatura no ensino superior e apenas dois (2%) sujeitos finalizaram um mestrado no ensino superior (fig. 1).

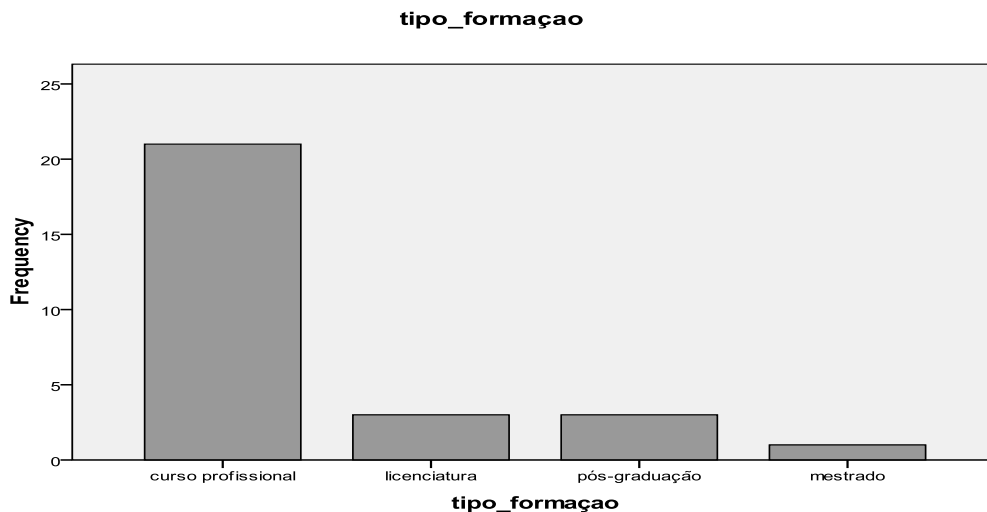
Figura 1. Escolaridade dos participantes no estudo (N=101).



Em relação ao número de anos que cuidam de idosos a média é de 8,03 anos (DP= 6,94), a mediana de 5 anos e a moda de 4 anos (valor mínimo 1 ano e valor máximo 26 anos).

Em relação ao facto dos sujeitos possuírem uma formação em geriatria/gerontologia, 27 (25,7%) sujeitos responderam afirmativamente e 74 (73,3%) referiram que não têm qualquer formação nesta área. Quanto ao tipo de formação efetuada nesta área, 20 (20,8) sujeitos afirmaram que fizeram cursos profissionais dentro desta área, 3 (3%) sujeitos tiraram uma licenciatura, 1 (1%) tirou o mestrado e 3 (3%) concluíram uma pós-graduação nesta área (Figura 2).

Figura 2. Tipo de formação dos cuidadores formais de idosos (N=101).



A amostra recolhida tinha como critério de seleção serem cuidadores formais de idosos e a recolha foi efetuada nos concelhos de Pombal e da Covilhã.

Instrumentos

No âmbito deste estudo utilizou-se um questionário sócio-demográfico e a escala ImAges, aplicados individualmente (Anexo 2).

Questionário Sócio-demográfico

Este questionário é constituído por questões fechadas relativas a informação sobre: idade, sexo, zona de residência, escolaridade, anos que trabalha com idosos e se teve alguma formação em geriatria/gerontologia.

Escala ImAges

A escala ImAges foi desenvolvida por Sousa, Cerqueira e Galante em 2002, e tem como âmago caracterizar as imagens sociais da velhice e de envelhecimento em diferentes grupos etários.

Esta escala foi projetada para a população portuguesa, englobando jovens (13-27 anos), adultos (33-47 anos), “jovens-idosos” (53-67 anos) e “muito idosos” (73-87 anos). Este instrumento centra-se na imagem que as pessoas têm acerca dos idosos e da velhice, tendo em conta que esta imagem aumentou de forma negativa nos últimos anos, sob um ponto de vista social (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008; Ribeiro, 2007).

As fases de construção do instrumento envolveram a utilização de um questionário constituído por três frases que os indivíduos deveriam completar: *“Uma pessoa velha é... A velhice é... Sabemos que alguém está velho quando...”*. Após a análise dos itens obtidos, os dados foram organizados num questionário com respostas do tipo Likert de 5 pontos (onde o 1 é discordo totalmente, o 2 é discordo, o 3 é nem concordo nem discordo, o 4 é concordo e o 5 é concordo totalmente) (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Inicialmente esta escala era composta por 146 itens, mas após a aplicação em dois momentos a duas amostras recolhidas por conveniência, com o objetivo de eliminar os itens que representassem a mesma ideia ou que fossem pouco compreensíveis. A partir deste momento surgiu a necessidade de remover diversos itens, resultando finalmente na escala de 32 itens. Após isto, procurou-se estudar a estrutura fatorial da escala, tendo-se analisado os itens em componentes principais (rotação varimax), onde resultaram quatro fatores (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Estes fatores podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2. Fatores da Escala ImAges

Fator 1 Dependência, Tristeza e Antiquado	Inclui itens relacionados com a doença e perda de capacidades físicas, dependência e itens associados a tristeza, solidão e viver de recordações.
Fator 2 Incompetência relacional e cognitiva	Engloba os itens que remetem para a diminuição do desempenho ao nível cognitivo e para comportamentos sociais desajustados.
Fator 3 Maturidade, atividade e afetividade	Compreende itens que descrevem a velhice como uma fase de maturidade e a pessoa idosa como ativa e carinhosa.
Fator 4 Inutilidade	Abrange itens que descrevem a velhice e a pessoa idosa como já não tendo contributo a dar.

Estas designações dadas a cada fator indicam a sua multidimensionalidade da sua estrutura e componentes, onde os fatores 1, 2, e 4 demonstram competências negativas e

apenas o fator 3 demonstra competências positivas. Isto demonstra que as imagens negativas são mais complexas que as positivas (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Podem ser observados na tabela 3 os fatores a que correspondem os respetivos itens.

Para verificar a consistência interna da escala ImAges, os autores da escala calcularam o *Alpha de Cronbach*, onde obtiveram para a escala global e para cada fator, valores satisfatórios (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Resultados semelhantes podem ser observados no estudo efetuado, com uma amostra de 101 cuidadores formais. Os resultados da consistência interna podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 3. *Alpha de Cronbach* da Escala ImAges e dos seus respetivos fatores (Escala original)

	<i>Alpha de Cronbach</i> (Escala ImAges Original)	<i>Alpha de Cronbach</i> (do estudo com N=101)
Escala ImAges (total)	0,86	0,86
Fator 1: Dependência, Tristeza e Antiquado	0,80	0,80
Fator 2: Incompetência Relacional e Cognitiva	0,83	0,81
Fator 3: Maturidade, Atividade e Afetividade	0,74	0,70
Fator 4: Inutilidade	0,68	0,68

Procedimentos

Primeiramente procedeu-se à recolha de informação, ou seja, fez-se uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, para conseguir fundamentar de modo apropriado. Desta pesquisa tive acesso à escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008) e, por conseguinte, foi feito um contacto com uma das autoras para o pedido de autorização para a utilização da escala, o qual teve uma resposta positiva. Seguidamente procedeu-se à elaboração do questionário sóciodemográfico.

Foram efectuados diversos contactos a lares da terceira idade a solicitar a participação no estudo. Estes contactos foram feitos formalmente com o envio de um ofício (ANEXO 3). As instituições contactadas foram: Centro de Apoio a Crianças e Idosos de Cortes, Santa Casa da Misericórdia da Redinha, Santa Casa da Misericórdia, Santa Casa da Misericórdia do Louriçal, Lar da Felicidade, Centro Social Júlio Antunes e Lar da Terceira Idade.

Posteriormente, entre os meses de março, abril, maio e agosto procedeu-se à aplicação dos questionários, tendo-se constituído uma amostra por conveniência. Na grande maioria dos lares de idosos referidos, a aplicação teve a colaboração das Assistentes Sociais e Psicólogos da instituição.

Durante a aplicação era difícil conseguir que todos os cuidadores de idosos pudessem responder, devido à rotatividade de turnos e ao período de férias. Consequentemente, na maioria das instituições, foram feitas mais que uma deslocação para conseguir que todos os cuidadores respondessem ao questionário. Estes, geralmente, respondiam aos questionários numa sala, sendo explicados os objectivos do estudo e sendo garantido o anonimato quer do sujeito quer da instituição. Foram aplicados 114 questionários dos quais treze foram anulados devido a preenchimento incompleto, tendo daí resultado uma amostra de 101 sujeitos.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi efetuada através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versão 17.0)*. Primeiramente procedeu-se à construção da base de dados. A seguir calcularam-se as estatísticas descritivas de forma a caracterizar a amostra presente neste estudo, através das frequências, média, mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos. Foi calculada a consistência interna da escala ImAges, assim dos seus fatores, através do *Alpha de Cronbach (α)*, que mede a fiabilidade interna do instrumento.

Seguidamente de modo a testar a normalidade da amostra, utilizou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov ($K-S$)²*, e como se constatou uma distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos no estudo, entre os quais o teste *t de Student*, que é utilizado de modo a verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes, e a análise de variância (*ANOVA*).

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

Resultados

Seguidamente são apresentados os resultados a partir dos objetivos para este estudo.

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, entre os diferentes níveis de escolaridade.**

Em relação à variável Escolaridade, são os cuidadores que detêm o primeiro ciclo (1º ao 4º ano) que apresentam mais imagens negativas e estereótipos de envelhecimento, com uma média de 105,40 (DP=13,701), seguidos pelos cuidadores que apresentam têm entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, com uma média de 99,14 (DP=11,850), seguidos pelos que têm o secundário com uma média de 92,04 (DP=12,624), e por último, os cuidadores que apresentam menos imagens e estereótipos negativos sobre o envelhecimento são os

cuidadores que têm uma formação superior, com uma média de 87,90 (DP=15,126). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($F(3;97) = 7,480$; $p < 0,05$).

No fator Dependência, Tristeza e Antiquado, são os idosos que têm como formação o primeiro ciclo, que apresentam uma média de 49,80 (DP= 7,804), superior aos restantes graus de escolaridade, sendo este o grupo onde se verificam mais imagens e estereótipos do envelhecimento. O grupo onde este tipo de imagens menos se verifica, é o grupo de cuidadores que possuem uma formação no ensino superior (M=39,67; DP= 9,118). Os resultados indicam que estas diferenças são estatisticamente significativas entre grupos ($F(3;97) = 6,426$; $p < 0,05$).

Quanto ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva verificam-se também diferenças estatisticamente significativas ($F(3;97) = 3,841$; $p < 0,05$) entre os grupos com diferentes níveis de escolaridade. São os cuidadores que apresentam uma escolaridade entre o 1º e 4º ano que demonstram ter mais imagens e estereótipos associadas à incompetência (M=23,55; DP= 4,850). Os cuidadores que apresentam menos imagens e estereótipos associados à incompetência são os cuidadores que têm uma formação superior (M=18,57; DP= 6,030).

Relativamente ao fator Maturidade, Atividade e Afetividade, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com diferentes níveis de escolaridade ($F(3;97) = 1,251$; $p = 0,296$). Os cuidadores entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, com um índice médio de 19,24 (DP= 3,455), apresentam menos estereótipos e imagens de maturidade sobre o idoso. Os cuidadores que detêm entre o 5º e 9º ano de escolaridade são os que mais associam o idoso à maturidade, atividade e a alguém como afetuoso e carinhoso (M= 20,74; DP= 3,109).

No fator Inutilidade verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($F(3;97) = 3,004$; $p < 0,05$). Os cuidadores formais de idosos que mais imagens e estereótipos apresentam acerca da inutilidade do idoso são os cuidadores com o primeiro ciclo de escolaridade (M= 11,40; DP= 2,393). Os cuidadores formais de idosos que menos associam o idoso à inutilidade são os cuidadores com formação superior, com uma média de 9,48 (DP= 2,542).

Estes resultados podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Escolaridade (n=101)

	Escolaridade	N	Média	Desvio-padrão	Df (B;W)	F
Escala ImAges PontuaçãoTotal	1º ao 4º ano	20	105,40	13,701	3;97	7,480*
	5º- 9º ano	35	99,14	11,850		
	10º-12º ano	25	92,04	12,624		
	Ensino Superior	21	87,90	15,126		
Dependência, Tristeza e Antiquado	1º ao 4º ano	20	49,80	7,804	3;97	6,426*
	5º- 9º ano	35	45,94	7,017		
	10º-12º ano	25	43,16	7,559		
	Ensino Superior	21	39,67	9,118		

Incompetência Relacional e Cognitiva	1º ao 4º ano	20	23,55	4,850	3;97	3,841*
	5º- 9º ano	35	21,34	4,352		
	10º-12º ano	25	19,48	5,716		
	Ensino Superior	21	18,57	6,030		
Maturidade, Atividade e Afetividade	1º ao 4º ano	20	20,65	2,434	3;97	1,251
	5º- 9º ano	35	20,74	3,109		
	10º-12º ano	25	19,24	3,455		
	Ensino Superior	21	20,19	3,430		
Inutilidade	1º ao 4º ano	20	11,40	2,393	3;97	3,004*
	5º- 9º ano	35	11,11	2,398		
	10º-12º ano	25	10,16	2,427		
	Ensino Superior	21	9,48	2,542		

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

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, entre o género masculino e feminino.**

Os resultados indicam que os cuidadores formais de idosos do sexo masculino apresentam mais imagens e estereótipos associados ao idoso e envelhecimento ($M = 98,89$; $DP = 14,793$) comparativamente com as cuidadoras de idosos do género feminino ($M = 95,68$; $DP = 14,793$). Contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(99) = 0,878$; $p = 0,283$).

Quanto ao fator Dependência, Tristeza e Antiquado, pode verificar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t(99) = 0,225$; $p = 0,772$). Contudo o índice médio de estereótipos e imagens de Dependência, Tristeza e Antiquado é de 45,11 ($DP = 8,339$) nos indivíduos do sexo masculino, o que é superior à média presente no grupo de indivíduos do sexo feminino ($M = 44,62$; $DP = 8,444$).

Relativamente ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados demonstram que os sujeitos do sexo masculino apresentam mais imagens e estereótipos de incompetência nos idosos ($M = 23,11$; $DP = 4,852$), do que os indivíduos do género feminino ($M = 20,20$; $DP = 5,394$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(99) = 2,157$; $p = 0,501$).

No que diz respeito ao fator Maturidade, Atividade e Afetividade, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(99) = -2,434$; $p = 0,097$). Os cuidadores do género masculino, com um índice médio de 18,68 ($DP = 3,816$), apresentam menos estereótipos e imagens de maturidade sobre o idoso. Os cuidadores do sexo feminino são os que mais associam o idoso à maturidade, atividade e a alguém como afetuoso e carinhoso ($M = 20,60$; $DP = 2,901$).

No fator Inutilidade não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(99) = 2,805$; $p = 0,169$). Os cuidadores formais de idosos que mais imagens e estereótipos

apresentam acerca da inutilidade do idoso são os cuidadores do sexo masculino ($M= 12,00$; $DP= 2,906$). Os cuidadores formais de idosos que menos associam o idoso à inutilidade são os cuidadores do género feminino, com uma média de $10,27$ ($DP= 2,304$).

Estes resultados podem ser consultados na tabela 5.

Tabela 5. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos do género masculino e feminino

	Género	N	Média	Desvio-padrão	Df	t
Escala ImAges PontuaçãoTotal	Masculino	19	98,89	12,315	99	0,878
	Feminino	82	95,68	14,793		
Dependência, Tristeza e Antiquado	Masculino	19	45,11	8,339	99	0,225
	Feminino	82	44,62	8,444		
Incompetência Relacional e Cognitiva	Masculino	19	23,11	4,852	99	2,157
	Feminino	82	20,20	5,394		
Maturidade, Atividade e Afetividade	Masculino	19	18,68	3,816	99	-2,434
	Feminino	82	20,60	2,901		
Inutilidade	Masculino	19	12,00	2,906	99	2,805
	Feminino	82	10,27	2,304		

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

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, entre as zonas de residência.**

Em relação à variável Zona de Residência, são os cuidadores formais de idosos que residem numa zona urbana que apresentam mais imagens e estereótipos do envelhecimento, com uma média de $98,29$ ($DP= 14,087$), relativamente aos cuidadores formais de idosos que residem numa zona rural ($M= 92,97$; $DP= 14,372$). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(99) = -1,822$; $p = 0,733$).

Quanto ao fator Dependência, Tristeza e Antiquado, os cuidadores que residem numa zona rural apresentam menos imagens e estereótipos associados à dependência e tristeza em relação ao idoso e ao envelhecimento ($M= 42,92$; $DP= 8,518$), do que os cuidadores que residem numa zona urbana ($M= 45,79$; $DP= 8,182$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t(99) = -1,683$; $p = 0,517$).

Relativamente ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(99) = -0,845$; $p = 0,603$). Os cuidadores que apresentavam mais imagens e estereótipos associados à incompetência são os cuidadores que residem numa zona urbana, com um índice médio de $21,10$ ($DP= 5,491$). Os cuidadores que residem numa zona rural apresentam um índice médio de $20,16$ ($DP= 5,253$) em imagens e estereótipos associados à incompetência dos idosos.

No que diz respeito ao fator Maturidade, Atividade e Afetividade, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(99) = -0,715$; $p = 0,961$). Os cuidadores que residem numa zona rural, apresentam um índice médio de 19,95 (DP= 3,004) inferior à média dos cuidadores que residem numa zona urbana ($M = 20,41$; DP= 3,266).

Por fim no fator Inutilidade os cuidadores que mais associam o idoso à inutilidade são os cuidadores que residem numa zona urbana, apresentando uma média de 10,98 (DP= 2,593), comparativamente aos sujeitos que residem numa zona rural ($M = 9,95$; DP= 2,241), não se registando diferenças estatisticamente significativas ($t(99) = -2,045$; $p = 0,295$).

Estes resultados podem ser observados na tabela 6.

Tabela 6. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Zona de Residência.

	Zona de Residência	N	Média	Desvio-padrão	Df	t
Escala ImAges Pontuação Total	Meio Rural	38	92,97	14,372	99	-1,822
	Meio Urbano	63	98,29	14,087		
Dependência, Tristeza e Antiquado	Meio Rural	38	42,92	8,518	99	-1,683
	Meio Urbano	63	45,79	8,182		
Incompetência Relacional e Cognitiva	Meio Rural	38	20,16	5,253	99	-0,845
	Meio Urbano	63	21,10	5,491		
Maturidade, Atividade e Afetividade	Meio Rural	38	19,95	3,004	99	-0,715
	Meio Urbano	63	20,41	3,266		
Inutilidade	Meio Rural	38	9,95	2,241	99	-2,045
	Meio Urbano	63	10,98	2,593		

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

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, consoante a faixa etária.**

Em relação à variável Idade podemos verificar que a faixa etária que apresenta mais imagens e estereótipos do envelhecimento é a faixa entre os 60 e 69 anos, apresentando uma média de 102,75 (DP= 9,430). Seguida pela faixa dos cuidadores com idades compreendidas entre os 50 e 59 anos ($M = 102,63$; DP= 13,761) e o grupo que apresenta menos imagens e estereótipos do envelhecimento é a faixa etária entre os 20 e 29 anos ($M = 90,88$; DP= 16,003), havendo diferenças estatisticamente significativas ($F(4;96) = 3,137$; $p < 0,05$).

Quanto ao fator Dependência, Tristeza e Antiquado, os cuidadores pertencentes à faixa etária dos 20 aos 29 anos são os que apresentam menos imagens e estereótipos do envelhecimento, com uma média de 41,47 (DP= 9,241). Os cuidadores com idades compreendidas entre os 60 a 69 anos de idade apresentam mais imagens e estereótipos associados à dependência e tristeza no idoso e envelhecimento ($M = 51,75$; DP= 9,287), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($F(4;96) = 3,860$; $p < 0,05$).

Relativamente ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva, os cuidadores que apresentaram mais imagens e estereótipos associados à incompetência do idoso e do

envelhecimento têm uma idade compreendida entre os 50 e 59 anos, apresentando uma média de 22,68 (DP= 5,468), do que os cuidadores que têm uma idade entre os 30 a 39 anos (M= 19,15; DP= 5,205), contudo não se verifica diferenças estatisticamente significativas ($F(4; 96) = 1,886$; $p = 0,119$).

No fator Maturidade, Atividade e Afetividade os resultados não apontam para uma diferença estatisticamente significativa ($F(4;96) = 0,276$; $p = 0,893$). No entanto são os cuidadores entre os 60 e 69 anos de idade que mais associam o idoso à maturidade, atividade e a alguém como sendo afetuoso e carinhoso (M= 21,75; DP= 3,862). Os cuidadores que menos estereótipos e imagens de maturidade atribuem ao idoso são aqueles com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos (M= 20,08; DP= 3,509).

Em relação ao fator Inutilidade não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(4;96) = 1,588$; $p = 0,184$). Os cuidadores que mais associam o idoso e o envelhecimento à inutilidade são os cuidadores que pertencem à faixa etária dos 50 aos 59 anos, com uma média de 11,21 (DP= 1,873). Os cuidadores que menos associam o idoso à inutilidade são os cuidadores entre os 20 e 29 anos de idade (M= 9,65; DP= 2,234).

Estes resultados podem ser consultados na tabela abaixo.

Tabela 7. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Idade.

	Idade	N	Média	Desvio-padrão	Df (B;W)	F
Escala ImAges PontuaçãoTotal	20-29 anos	17	90,88	16,003	4;96	3,137*
	30-39 anos	26	90,92	13,787		
	40-49 anos	35	98,71	12,956		
	50-59 anos	19	102,63	13,761		
	60-69 anos	4	102,75	9,430		
Dependência, Tristeza e Antiquado	20-29 anos	17	41,47	9,241	4;96	3,860*
	30-39 anos	26	41,50	8,724		
	40-49 anos	35	45,74	6,382		
	50-59 anos	19	48,63	7,974		
	60-69 anos	4	51,75	9,287		
Incompetência Relacional e Cognitiva	20-29 anos	17	19,29	6,273	4;96	1,886
	30-39 anos	26	19,15	5,205		
	40-49 anos	35	21,71	4,980		
	50-59 anos	19	22,68	5,468		
	60-69 anos	4	19,50	1,915		
Maturidade, Atividade e Afetividade	20-29 anos	17	20,47	2,764	4;96	0,276
	30-39 anos	26	20,08	3,509		
	40-49 anos	35	20,14	3,088		
	50-59 anos	19	20,11	3,247		
	60-69 anos	4	21,75	3,862		
Inutilidade	20-29 anos	17	9,65	2,234	4;96	1,588
	30-39 anos	26	10,19	2,800		
	40-49 anos	35	11,11	2,687		
	50-59 anos	19	11,21	1,873		
	60-69 anos	4	9,75	1,258		

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

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, em relação aos anos de trabalho com idosos.**

Em relação aos anos de trabalho com idosos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($F(2;98) = 0,173$; $p = 0,841$). Mas curiosamente, os cuidadores que apresentam um índice médio mais elevado na escala são os cuidadores com mais anos de trabalho com idosos (entre 20 a 29 anos de experiência), com uma média de 98,07 (DP= 11,835), e os que apresentam um índice médio menos elevado são os cuidadores entre 11 a 19 anos de experiência com idosos ($M = 94,56$; DP= 14,205).

No fator Dependência, Tristeza e Antiquado, os cuidadores com uma média menos elevada foram os cuidadores entre 1 a 10 anos de experiência com idosos ($M = 44,19$; DP= 8,453), seguidos pelos cuidadores com 11 a 19 anos de experiência ($M = 44,33$; DP= 8,276), e por fim os cuidadores com um índice médio mais elevado, ou seja, com mais imagens e estereótipos acerca da dependência e tristeza associada ao idoso e ao envelhecimento, são os cuidadores que trabalham com idosos entre 20 a 29 anos ($M = 47,86$; DP= 7,941). Apesar destes resultados, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($F(2;98) = 1,147$; $p = 0,322$).

Relativamente ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva, também não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($F(2;98) = 0,156$; $p = 0,856$). Os cuidadores que apresentam uma média mais elevada neste fator são os cuidadores entre 1 a 10 anos de experiência com idoso ($M = 20,85$; DP= 5,541), associando o idoso e o envelhecimento à incompetência. Os cuidadores que possuem menos imagens e estereótipos neste fator são os cuidadores entre 11 a 19 anos de experiência com idosos, com um índice médio de 19,78 (DP= 5,380).

No fator Maturidade, Atividade e Afetividade, os cuidadores que mais associam o idoso e o envelhecimento à maturidade, atividade e afetividade, são os cuidadores entre 1 a 10 anos de experiência com idosos ($M = 20,46$; DP= 3,115), e os cuidadores com um índice médio menos elevado neste fator são os que têm entre 20 a 29 anos de trabalho com idosos ($M = 19,29$; DP= 3,292). Não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($F(2;98) = 0,923$; $p = 0,401$).

Por último, no fator Inutilidade os resultados não apontam para uma diferença estatisticamente significativa ($F(2;98) = 0,259$; $p = 0,772$). Os cuidadores que mais associaram o idoso e o processo de envelhecimento à inutilidade foram os cuidadores entre 1 a 10 anos de experiência com idoso ($M = 10,67$; DP= 2,531) e entre 11 a 19 anos de experiência com idosos ($M = 10,67$; DP= 3,041). E o grupo de cuidadores com menos imagens e estereótipos de

inutilidade associada ao idoso e ao envelhecimento são os cuidadores entre 20 a 29 anos de experiência de trabalho com idosos, com um índice médio de 10,14 (DP= 2,107).~

Os resultados podem ser consultados na tabela 8.

Tabela 8. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Anos de Experiência com Idosos

	Anos de Experiência com idosos	N	Média	Desvio-padrão	Df (B;W)	F
Escala ImAges PontuaçãoTotal	1 a 10 anos	78	96,17	14,905	2;98	0,173
	11 a 19 anos	9	94,56	14,205		
	20 a 29 anos	14	98,07	11,835		
Dependência, Tristeza e Antiquado	1 a 10 anos	78	44,19	8,453	2;98	1,147
	11 a 19 anos	9	44,33	8,276		
	20 a 29 anos	14	47,86	7,941		
Incompetência Relacional e Cognitiva	1 a 10 anos	78	20,85	5,541	2;98	0,156
	11 a 19 anos	9	19,78	5,380		
	20 a 29 anos	14	20,79	4,854		
Maturidade, Atividade e Afetividade	1 a 10 anos	78	20,46	3,115	2;98	0,923
	11 a 19 anos	9	19,78	3,420		
	20 a 29 anos	14	19,29	3,292		
Inutilidade	1 a 10 anos	78	10,67	2,531	2;98	0,259
	11 a 19 anos	9	10,67	3,041		
	20 a 29 anos	14	10,14	2,107		

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

- **Averiguar se há diferenças em relação aos estereótipos e imagens de idoso e de envelhecimento, entre as variáveis ter ou não formação em geriatria/gerontologia e o tipo de formação.**

Em relação ao fato de se ter ou não uma formação em geriatria/gerontologia, os resultados indicam que não existem diferenças significativas ($t(98) = -0,182$; $p = 0,502$). Porém, os cuidadores que têm uma formação em geriatria/gerontologia apresentam um índice médio menos elevado ($M = 95,88$; $DP = 13,432$) do que os cuidadores que não têm nenhuma formação nesta área ($M = 96,49$; $DP = 14,841$).

No fator Dependência, Tristeza e Antiquado, os cuidadores sem formação apresentam menos imagens e estereótipos relacionados com a dependência do idoso e do envelhecimento ($M = 44,59$; $DP = 8,420$). Os cuidadores com algum tipo de formação em geriatria/gerontologia apresentam mais imagens e estereótipos de dependência do idoso e do envelhecimento, com

uma média de 45,19 (DP= 8,565). Não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = 0,310$; $p = 0,927$).

Em relação ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = -0,398$; $p = 0,886$). Neste fator, os cuidadores que mais associaram o idoso e o envelhecimento à incompetência foram os cuidadores sem formação em geriatria/gerontologia, com uma média de 20,88 (DP= 5,457), em comparação com os cuidadores com formação ($M=20,38$; DP= 5,412).

Relativamente ao fator Maturidade, Atividade e Afetividade, os cuidadores que associam o idoso e o envelhecimento à maturidade e a alguém como sendo carinhoso e ativo, são os cuidadores que não têm formação em geriatria/gerontologia, com um índice médio de 20,28 (DP= 3,014). Os cuidadores que têm formação nessa área não apresentam resultados muito inferiores, apresentado uma média de 20,08 (DP= 0,127). Estes resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = -0,284$; $p = 0,127$).

Por último, no fator Inutilidade também não se verifica diferenças estatisticamente significativas ($t(98) = -0,868$; $p = 0,636$). Os cuidadores com mais imagens e estereótipos de inutilidade associada ao idoso e ao envelhecimento são os cuidadores sem formação em geriatria/gerontologia, com uma média de 10,73 (DP= 2,603), por outro lado os que têm formação nessa área apresentaram um índice médio de 10,23 (DP= 2,268).

Estes resultados podem ser observados na tabela 9.

Tabela 9. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Formação em Geriatria/Gerontologia

	Formação em geriatria	N	Média	Desvio-padrão	Df	t
Escala ImAges PontuaçãoTotal	Sim	27	95,88	13,432	98	-0,182
	Não	74	96,49	14,841		
Dependência, Tristeza e Antiquado	Sim	27	45,19	8,565	98	0,310
	Não	74	44,59	8,420		
Incompetência Relacional e Cognitiva	Sim	27	20,38	5,412	98	-0,398
	Não	74	20,88	5,457		
Maturidade, Atividade e Afetividade	Sim	27	20,08	3,665	98	-0,284
	Não	74	20,28	3,014		
Inutilidade	Sim	27	10,23	2,268	98	-0,868
	Não	74	10,73	2,603		

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

Quanto à variável Tipo de Formação em Geriatria/Gerontologia, os resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas ($t(26) = 1,932$; $p = 0,208$). Porém os

cuidadores que tiveram como formação um curso profissional apresentaram um índice médio de 98,57 (DP= 11,621), demonstrando terem uma média superior de imagens e estereótipos negativos acerca do idoso e do envelhecimento, do que os cuidadores que tiveram uma formação superior (M= 87,86; DP= 15,784).

No fator Dependência, Tristeza e Antiquado, os cuidadores que apresentaram mais imagens e estereótipos associados à dependência e sentimentos de tristeza no idoso e envelhecimento foram os cuidadores com cursos profissionais, apresentando uma média de 46,86 (DP= 7,261), do que os cuidadores com uma formação superior (M= 40,14; DP= 10,574). Contudo não se verifica diferenças estatisticamente significativas ($t(26) = 1,889$; $p = 0,164$).

Em relação ao fator Incompetência Relacional e Cognitiva, os cuidadores com formação superior em geriatria/gerontologia apresentam menos imagens e estereótipos do idoso e envelhecimento associados à incompetência, apresentando um índice médio nesta escala de 18,00 (DP= 6,245), comparativamente, os cuidadores que frequentaram um curso profissional em geriatria/gerontologia, apresentam mais imagens e estereótipos associados à incompetência nos idosos e envelhecimento, com uma média de 21,43. Estes resultados não apontam para diferenças estatisticamente significativas ($t(26) = 1,513$; $p = 0,353$).

Relativamente ao fator Maturidade, Atividade e Afetividade, também não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(26) = 0,030$; $p = 0,311$). Os cuidadores que mais associaram o idoso e o envelhecimento à maturidade e ao ser alguém carinhoso e ativo, foram os cuidadores com um curso profissional em geriatria/gerontologia, apresentando um índice médio de 19,90 (DP= 3,285), comparativamente, os cuidadores com formação superior nessa área apresentaram resultados inferiores (M= 19,86; DP= 4,706).

Por último, no fator Inutilidade, os cuidadores com mais imagens e estereótipos do idoso e envelhecimento associado à inutilidade são os cuidadores que têm um curso profissional em geriatria/gerontologia, com uma média neste fator de 10,38 (DP= 1,910). Por outro lado, os cuidadores que obtiveram uma formação superior em geriatria/gerontologia apresentaram um índice médio de 9,86 (DP= 3,132), demonstrando assim terem menos imagens e estereótipos acerca da inutilidade associada ao idoso e ao envelhecimento. Também neste fator os resultados não apontam para uma diferença estatisticamente significativa ($t(26) = 0,533$; $p = 0,158$).

Estes resultados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 10. Resultados para a comparação de estereótipos e imagens nos sujeitos relativamente à variável Tipo de Formação em Geriatria/Gerontologia.

	Tipo de Formação em geriatria	N	Média	Desvio-padrão	Df	t
Escala ImAges PontuaçãoTotal	Curso profissional	20	98,57	11,621	26	1,932
	Formação superior	7	87,86	15,784		

Dependência, Tristeza e Antiquado	Curso profissional Formação superior	20				
		7	46,86	7,261	26	1,889
			40,14	10,574		
Incompetência Relacional e Cognitiva	Curso profissional Formação superior	20				
		7	21,43	4,833	26	1,513
			18,00	6,245		
Maturidade, Atividade e Afetividade	Curso profissional Formação superior	20				
		7	19,90	3,285	26	0,030
			19,86	4,706		
Inutilidade	Curso profissional Formação superior	20				
		7	10,38	1,910	26	0,533
			9,86	3,132		

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

Discussão dos Resultados

No estudo efetuado emergiram quatro dimensões ou componentes principais das imagens da velhice e do envelhecimento: “Dependência, Tristeza e Antiquado”, “Incompetência Relacional e Cognitiva”, “Maturidade, Atividade e Afetividade” e “Inutilidade”. Cada uma destas dimensões é complexa, ou seja, representam ou englobam um conjunto de conteúdos ou características diversas: afetiva (tristeza, afetividade), social (antiquado, incompetência relacional), cognitiva (incompetência cognitiva, maturidade) e física (dependência, atividade, inutilidade). Denota-se nas dimensões identificadas que três são de cariz mais negativo e uma de índole positiva, demonstrando que as imagens negativas são mais complexas e dispersas, enquanto as positivas são mais claras e integradas.

Além disso, a análise das médias da amostra global para duas das dimensões indica valores moderados: “Dependência, Tristeza e Antiquado” (44,71), “Incompetência Relacional e Cognitiva” (20,74). No fator “Maturidade Atividade e Afetividade” (20,24) e “Inutilidade” (10,59) as médias são mais baixas indicando tendência dos inquiridos para discordar com esta dimensão. Assim, as imagens são multidimensionais, complexas, moderadas e contraditórias indicando que as pessoas tendem a, pelo menos explicitamente, não ter imagens muito definidas da velhice (Hummert, 1990; Kite & Johnson, 1988; Schmidt & Boland, 1996; Sousa, Cerqueira e Galante, 2002).

No estudo efetuado surgem três grandes conteúdos de imagens: desempenho (competência cognitiva, motora, relacional e emocional), autonomia física/funcional (independência/dependência) e maturidade. Estas dimensões são semelhantes às descritas por Cuddy & Fiske (2000), todavia no estudo realizado por estes autores, a imagem mais

positiva (competente e emocionalmente apoiante) nunca era atribuída ao idoso, enquanto neste estudo a imagem globalmente positiva é atribuída aos idosos (competência, maturidade e independência).

No estudo efetuado os diversos profissionais inquiridos apresentam distribuições similares nas dimensões. Estes profissionais têm funções diferentes na assistência e cuidados aos idosos, o que inicialmente poderia levar a concluir que as imagens também apresentassem disparidades (Cruz *et al.*, 2003; Almeida, 1998; Choi & Dinse, 1998).

Em relação ao género, no estudo realizado verificou-se que os homens obtiveram uma pontuação maior na escala total e em três fatores, todos eles representando uma dimensão negativa. Ou seja, as mulheres obtiveram pontuações inferiores em todos os fatores, menos no fator que representa a Maturidade, Atividade e Afetividade. Isto sugere que as mulheres associam mais o idoso à sabedoria, ao ser afetuoso e ativo, enquanto os homens focam mais nas perdas associadas à velhice (dependência, deterioração física e psicológica). Estes resultados vem de encontro com alguns resultados de outros estudos que indicam que as mulheres evidenciaram mais imagens positivas, principalmente quando se encontram numa fase de transição para a velhice e não sofrem de envelhecimento patológico (Woolf, 1998; Thane, 2000; Tornstam; 2006). Estes resultados também vão de encontro ao estudo de Sousa & Cerqueira (2006), onde os homens associam a imagem de “incapacitado e dependente” aos idosos do mesmo sexo, mas não às mulheres. Isto pode acontecer devido às mulheres continuarem a desempenhar atividades domésticas, e aos olhos dos homens, são vistas como independentes. Por outro lado, as mulheres que atribuem a imagem de incapacidade e dependência ao seu género, poderão sentir limitações ao realizar essas atividades. Estes resultados contradizem o estudo de Henrard (1996) onde as imagens acerca do idoso e do envelhecimento tendem a ser mais negativas nas mulheres, na perspetiva da atração e imagem do corpo (Henrard, 1996). Sendo assim os resultados apoiam a hipótese de que os cuidadores formais de idosos do género masculino apresentam mais imagens e estereótipos do envelhecimento do que os cuidadores do género feminino.

Em relação à idade os resultados sugerem que os indivíduos mais novos têm menos imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento e que os cuidadores com idades compreendidas entre os 60 e 69 anos apresentam mais imagens e estereótipos acerca do idoso e do envelhecimento são os que pertencem à faixa etária dos 60 aos 69 anos. Estes resultados vêm contrariar os estudos de Lutsky (1980), Jackson & Sullinvan (1988), que indicaram que os indivíduos mais jovens teriam atitudes mais negativas em relação aos idosos e de que os idosos têm imagens mais favoráveis em relação à velhice do que os jovens e vão de encontro aos resultados apresentados no estudo de Salter & Salter (1976), de que quanto maior for a idade mais são as imagens e estereótipos associados à velhice e do estudo de Rothbaum (1983), que demonstrou no seu estudo que os mais novos têm atitudes mais positivas do que os idosos. O facto de serem os cuidadores mais jovens terem imagens mais positivas do envelhecimento pode estar associada à imagem de idoso do avô/avó com quem aprendem, valorizando a sua maturidade (Kornhaber, 1996). Os cuidadores com mais de 50 anos

apresentaram mais imagens e estereótipos negativos acerca da incapacidade e dependência do idoso e do envelhecimento, talvez porque sentem em comparação com o que eram e faziam no passado. A faixa etária dos 40 aos 49 anos apresenta uma composição de imagens mais uniforme e menos composta, obtendo uma média mais elevada no fator Dependência, Tristeza e Antiquado, talvez pela aproximação que sentem dessa fase da vida em relação a si e aos parentes mais próximos (Sousa & Cerqueira, 2006). Os resultados obtidos não apoiam a hipótese de que os cuidadores formais de idosos que pertencem a uma faixa etária mais jovem apresentam mais imagens negativas e estereótipos do idoso e do envelhecimento do que os cuidadores pertencentes a uma faixa etária mais velha.

Em relação à área de residência observa-se uma tendência para os cuidadores de idosos residentes em zona urbana, salientarem a imagem positiva e os residentes em área rural salientarem a negativa. Esta situação poderá relacionar-se com o facto das áreas rurais apresentarem uma maior percentagem de população envelhecida. Contudo esta diferença não é estatisticamente significativa. Estes resultados apoiam a hipótese de que os cuidadores formais de idosos residentes numa zona urbana apresentam menos imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento do que os cuidadores que residem numa zona rural.

Relativamente à variável Escolaridade os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas, que indicam que quanto menor for o nível de escolaridade, mais imagens e estereótipos os cuidadores tendem a atribuir ao idoso e ao envelhecimento. Desta forma, os cuidadores com o nível primário de escolaridade tendem a associar o envelhecimento à perda de capacidades ao nível afetivo (tristeza, afetividade), social (antiquado, incompetência relacional) e física (dependência, inutilidade). Isto demonstra que eles associam o idoso como que ele já deu o seu contributo no mundo, ou de que este é “aborrecido” e “teimoso”. Por outro lado, os cuidadores com maiores níveis de escolaridade tendem a apresentar mais imagens positivas do idoso e do envelhecimento. Os cuidadores com formação no ensino superior vêem a velhice como sendo uma fase boa da vida onde o idoso tem vontade de viver, esforçando-se para continuar ativo. Estes resultados demonstram que é necessário haver uma “educação gerontológica”, onde seria efetuado uma aprendizagem acerca do processo de envelhecimento e que a educação tende a influenciar a modificação e construção de atitudes, crenças e estereótipos etários (Gásquez *et al*, 2009). Segundo um estudo realizado por Okimura (2005), quanto maior for o grau de escolaridade, maior será a funcionalidade, flexibilidade e adaptação ao envelhecimento. Estes resultados apoiam a hipótese de que os cuidadores formais de idosos com o primeiro ciclo de escolaridade apresentam mais imagens negativas e estereótipos do envelhecimento do que os cuidadores com formação superior.

Em relação à experiência de trabalho com idosos, curiosamente, na escala completa, os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento são os cuidadores que têm entre 20 a 29 anos de experiência com idosos. Este grupo de cuidadores associou o idoso e o envelhecimento à dependência, tristeza, e ao ser antiquado. Estes resultados não estão de acordo 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). Por outro lado, os cuidadores com menos anos de experiência de trabalho (1 a 10 anos) apresentam mais imagens positivas do idoso e ao envelhecimento, associando o idoso à maturidade, ao ser uma pessoa afetuosa e ativa. Porém, também associaram o idoso e o envelhecimento à diminuição das capacidades sociais e cognitivas. Este conjunto de profissionais exerce ações de intervenção diferentes no apoio ao idoso e possuem conhecimentos científicos e modelos distintos. Mas, paralelamente têm profissões relacionais, de suporte e cuidados (ICL-SA, 2006). Ao mesmo tempo estão em contacto com idosos doentes, confrontados com o envelhecimento patológico, assim estão mais suscetíveis a construções de imagens mais negativas. As imagens não são assumidas de forma extremada, o que demonstra a complexidade, a ambiguidade e as contrariedades na dificuldade de expressão destas imagens (Hummert, 1990). Deste modo estes resultados não apoiam a hipótese que previa que os cuidadores formais de idosos com mais anos de experiência com idosos possuem menos imagens e estereótipos negativos sobre o envelhecimento do que os cuidadores com menor experiência.

Em relação à formação na área da geriatria/gerontologia verifica-se que na escala completa os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos são aqueles que não apresentam qualquer tipo de formação nesta área, mas não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Os que têm formação apresentaram mais imagens ligadas à dependência do idoso, associando o idoso a sentimentos de tristeza e ao antiquado. Porém são os que não têm formação em geriatria/gerontologia que apresentam mais imagens positivas do idoso, associando esta idade com a sabedoria, ao ser carinhoso e ao esforço por continuar ativo. Dentro dos que têm formação em geriatria/gerontologia, os sujeitos foram agrupados em dois conjuntos: sujeitos com cursos de formação profissional e sujeitos com formação no ensino superior. Os resultados demonstram que os cuidadores que tiveram uma formação profissional apresentam mais imagens e estereótipos negativos do idoso e do envelhecimento do que aqueles que têm uma formação superior (licenciatura/mestrado/pós-graduação) em geriatria/gerontologia. Os cuidadores com formação profissional pontuaram mais em todos os fatores da escala, demonstrando que a formação que eles efetuaram talvez não foi o suficiente para entenderem o complexo processo do envelhecimento. Isto demonstra 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 (Diniz, 2003). Estes resultados apoiam a hipótese de que os cuidadores formais de idosos com formação em geriatria/gerontologia possuem menos imagens e estereótipos negativos do envelhecimento do que os cuidadores que não têm formação nesta área.

Considerações Finais

Este estudo evidenciou, de uma forma geral, que os cuidadores formais de idosos tendem a interpretar o idoso e o envelhecimento de um modo negativo, associando-a à dependência, tristeza, incapacidade, doença e inutilidade, percebendo-a como uma etapa difícil da vida. Mas não obstante, eles também a percebem pelo seu lado bom, como a maturidade, a sabedoria, a bondade, afectividade e actividade associada a esta fase de vida. Os resultados demonstraram a complexidade do se entende por velhice e envelhecimento, dado que se trata de uma fase da vida desejada como também temida (Walsh, 1989). A subjectividade do processo de envelhecimento ficou evidenciada através da análise das diversas variáveis, como a idade, género, habilitações literárias, anos de experiência em trabalho com idosos e formação, demonstrando que a percepção do que se entende por este conceito varia de pessoa para pessoa.

O objectivo geral deste estudo era conhecer as imagens e estereótipos em cuidadores formais de idosos. Os resultados demonstraram que em relação ao género, os homens obtiveram uma pontuação maior na escala total e em três fatores, todos eles representando uma dimensão negativa. Em relação à idade os resultados sugerem que os indivíduos mais novos têm menos imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento e que os cuidadores com idades compreendidas entre os 60 e 69 anos apresentam mais imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento. Nomeadamente à área de residência observa-se uma tendência para os cuidadores de idosos residentes em zona urbana, salientarem a imagem positiva e os residentes em área rural salientarem a negativa. Relativamente à variável Escolaridade os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas, que indicam que quanto menor for o nível de escolaridade, mais imagens e estereótipos os cuidadores tendem a atribuir ao idoso e ao envelhecimento. Em relação à experiência de trabalho com idosos, curiosamente, na escala completa, os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento são os cuidadores que têm entre 20 a 29 anos de experiência com idosos. Nomeadamente à formação na área da geriatria/gerontologia verifica-se que na escala completa os cuidadores que apresentam mais imagens e estereótipos são aqueles que não apresentam qualquer tipo de formação nesta área, mas não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Desta forma, os resultados demonstraram que os cuidadores com uma formação mais intensificada nesta área (formação superior) apresentam menos imagens negativas e estereótipos do envelhecimento do que os cuidadores sem formação e cuidadores com formações breves (cursos profissionais). Uma das razões que tem sido salientada para o facto das imagens dos idosos serem mais negativas ou inconsistentes é a escassa formação especializada nesta área em Portugal. Os cursos profissionais, por serem de pouca duração, não conseguem transmitir a complexidade do processo de envelhecimento

e, em consequência, os cuidadores não conseguem compreender todos os processos inerentes ao envelhecimento, acabando por associar o envelhecimento a aspectos negativos, como a dependência, a falta de actividade, sentimentos de tristeza e solidão, doença entre outros. Assim era indispensável que todos os cuidadores de idosos tivessem uma formação contínua acerca do processo de envelhecimento normal e das disfunções e patologias que podem ocorrer nesta etapa, assim como o desenvolvimento normal ao longo do ciclo de vida, nas múltiplas potencialidades e nos recursos das pessoas. Esta formação contínua iria fazer com que o serviço prestado à população idosa aumentasse de qualidade, ao conseguir responder melhor às necessidades dos idosos, para além de que os cuidadores ficariam menos sujeitos às imagens e estereótipos negativos que a nossa sociedade transmite.

Algumas implicações práticas podem ser encontradas neste estudo como o fato de que a escolaridade pode potenciar a construção de percepções e imagens do envelhecimento mais positivas, dado que os cuidadores com o 4º ano de escolaridade apresentam mais imagens negativas e estereótipos do envelhecimento, do que os cuidadores com o 12º ano e com o Ensino Superior (licenciatura, mestrado, pós-graduação).

Outra implicação prática é que uma formação mais intensa em geriatria/gerontologia (licenciatura, mestrado, pós-graduação), potencia também, a construção de imagens positivas do envelhecimento. Os resultados demonstraram que os cuidadores formais de idosos com cursos profissionais apresentavam mais imagens negativas e estereótipos do idoso e do envelhecimento do que os cuidadores com formação superior.

Como vimos na revisão bibliográfica realizada, a sociedade é uma grande transmissora de imagens e crenças em relação a determinados grupos. Será que os cuidadores são influenciados por estas crenças? De que modo estas imagens afectam a relação de prestação de cuidados? Será que com o surgimento de programas de formação em geriatria|gerontologia irá diminuir estas crenças acerca do idoso e do envelhecimento? Este estudo pode ser um ponto de partida para estudo futuros sobre a formação dos cuidadores e a qualidade do serviço prestado, analisando até que ponto a formação em geriatria influencia positivamente a relação de prestação de cuidados. Outro estudo interessante, seria analisar a evolução das imagens sociais da velhice e do envelhecimento, ao longo dos anos, tratando-se de uma análise longitudinal (Ferreira-Alves & Novo, 2006; Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

Em relação às potencialidades deste estudo pode ser salientada que é um tema pouco abordado em Portugal, pois não existem muitos estudos que analisam as imagens e estereótipos do envelhecimento em cuidadores de idosos.

Apesar de ser um estudo com algumas implicações práticas interessantes, este estudo apresenta algumas limitações, como o fato dos dados terem sido recolhidos com apenas um instrumento. Investigadores afirmam que é muito importante utilizar-se instrumentos com características diferentes, para assim aceder melhor às imagens que se pretende estudar. Neste estudo por exemplo, poderia ter sido utilizado uma escala e uma entrevista que explorasse mais detalhadamente as características das imagens presentes na nossa amostra. Outra limitação deste estudo prende-se no fato de que a amostra não é representativa da

população portuguesa, e sendo assim, os resultados obtidos não devem ser generalizados para toda a população.

Bibliografia

- Alexandre, M. (2004). Representação social: uma genealogia do conceito. *Comum*, 10 (23), pp. 122-138.
- Almeida, V. (1998). Velhice: imagens (in) visíveis. *Kairós- Gerontologia*. 1(1), pp. 51-58.
- Berger, L. & Poirier, D. (1995) - *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bodenhouse, G. (1990). Stereotypes as judgmental heuristics. *Psychological Science*, 1, pp. 319-322.
- Bultena, G. & Powers, E.A. (1979). Denial of aging: age identification and reference group orientations. *Journal Gerontology*, 33, 748-754.
- Butler, R. N. (1969). Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, pp.243-246.
- Butler, R. N. (2000). Ageism. In: Maddox G. L. (Ed.). *The encyclopedia of aging* (Vol. 1). New York: Springer Publishing.
- Butler, R.N., 2004. Preface to the Future of Ageism. *International Longevity Center*, New York, USA.
- Caldas, C. P. (2004). Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha, A. L., Caldas, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Castro, C. M. V. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa
- Catita, P. A. L. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Cathalifaud, M. A., Thumala, D., Urquiza, A. & Ojeda, A. (2007). La Vejez desde la Mirada de los Jóvenes Chilenos: Estudio Exploratorio. *Ultima Década*, 27, pp. 75-91.
- Cecagno, S., Souza, M. D. & Jardim, V. M. R. (2004). Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Sci Health Sci*, 26 (1), pp. 107-112.
- Cerqueira, A. T. R. & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psic-USP*, 13 (1).
- De Angelo, L.M., 2000. Stereotypes and stigma: biased attributions in matching older persons with drawings of viruses? *International Journal Aging Human Development*, 51, pp. 143-154.

- Choi, N. & Dinse, S-L. (1998). Challenges and opportunities of the aging population. *Educational Gerontology*, 25(6), pp. 595-661.
- 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 25 Abril, 2006, em Universidade do Estado do Rio de Janeiro: [Http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151759282003000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151759282003000200005&lng=pt&nrm=iso) - 7k.
- Cuddy, A.; Norton, M. & Fiske, S. (2005). This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, (2), pp. 267-285.
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista Rol de Enfermería*, 18(203), pp.21-24.
- Diniz, J. (2002). Viver até ao fim. In V. Viegas (Coord.) *Cadernos da Direcção Geral de Saúde: Vinte Anos de Diagnóstico Precoce* (pp.11-15). Lisboa: Publicação Seriada nº 1.
- Diniz, M. (2003). Preconceito em relação ao idoso prejudica atendimento hospitalar. *Jornal da Paulista*, 16(179). Consultado em 10 de Setembro de 2011, em Unifesp de São Paulo: [Http\\www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm](http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed179/pesquisa7.htm).
- Dulin, P., Hill, R.D. & Anderson, J. (2001). Altruism as a predictor of life satisfaction in older low income service providers. *Journal of Mental Health and Aging*, 4, pp. 349-359.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Fundación Caja de Madrid: SG Editores.
- Garret, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In: A. C. Caldas & A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Garrido, R. & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista Saúde Pública*, 38 (6), pp. 835-841.
- Gásquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. (2009). Old-Age Stereotypes related to the Gerontology Education: A Intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), pp. 263-273.
- Gordilho, A., Nascimento, J. S., Silvestre, J., Ramos, L. R., Freire, M. P. A., Espíndola, N., et al. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.
- Heckhausen, J., Krueger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: age grading in three functions of social comparison. *Development Psychology*, 29, pp. 539-548.
- Heckhausen, J. & Brim, O.G. (1997). Perceived problems for self and others: selfprotection by social downgrading throughout adulthood. *Psychology of Aging*, 12, pp. 610-619.
- Henrard, J. (1996). Cultural problems of ageing especially regarding gender and intergenerational equity. *Society Science Medical*, 43 (5), 667-680. Consultado em 13 Setembro de 2011, [Http\\: www.elsevier.com/locate](http://www.elsevier.com/locate).

- Herdman, E. (2002). Challenging the discourse of nursing ageism. *Journal of Nursing Studies*, 39, pp. 105-114. Consultado em 10 de Setembro de 2011, [Http\:\:www.elsevier.com/locate/ijnurstu](http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu).
- Hilton, J. & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Ann. Rev. Psychol.* 47, pp. 237-271.
- Hooker, K., Frazier L. & Mohan, D. (1994). Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *The Gerontologist*, 34(3), pp. 386-392.
- Imbassahy, M. (2000). O cuidado em uma relação muito delicada. *Textos sobre envelhecimento*, 3 (4), pp. 47-50.
- Karsh, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), pp. 861-866.
- Kite, M. & Johnson, B. (1988). Attitudes toward older and younger adults. *Psychology and Aging*, 3 (3), pp. 233-244.
- Kite, M. E., Deaux, K. & Miele, M. (1991). Stereotypes of Young and Old: Does Age Outweight Gender? *Psychology and Aging*, 6 (1), pp. 19-27.
- Kite, M., Wagner, L., 2002. Attitudes towards older adults. In: Nelson, T. (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. The TIT Press, Cambridge, MA, USA, pp. 129-161.
- Kornhaber, A. (1996). *Contemporary grandparenting*. US: Sage Publications, Inc.
- ILC-USA (International Longevity-USA).(2006). *Ageism in America*. New York: ILC Publications; LTD.
- Jackson, L. & Sullivan, L. (1988). Age stereotypes disconfirming informations and evaluations of old people. *Journal of Social Psychology*, 128(6), pp. 721-729.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici, S. (Org.). *Psicología Social*. Barcelona: Paídos.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In: C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lane, S. T. M. & Sawaia, B. B. (1995). Dimensão ética-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: Lane, S. T. M. & Sawaia, B. B. (Orgs.). *Novas veredas da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Leinonen, R., Heikkinen, E.J. & Ihae, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-related health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, pp. 79-92.
- Lehr, U., 1980. *Psicología de la senectud*. Herder: Barcelona.
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal Personality and Social Psychology*, 71, pp. 1092-1107.
- Levy, B. R., Slade, M. D. & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, pp. 409-417.

- Lichtenstein, M. J., Pruski, L. A., Marshall, C. E., Blalock, C. L., Lee, S. & Plaetke, R. (2003). Sentence Completion to Assess Children's View's about Aging. *The Gerontologist*, 43 (6), pp. 839-848.
- Lee, K., Volans, P. J. & Gregory, N. (2003). Trainee clinical psychologists' views on recruitment to work with older people. *Aging and Society*, 23, pp. 87-97.
- Lopes, E. S. L. & Park, M. B. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do Envelhecimento. *Estudos de Psicologia*, 12 (2), pp. 141-148.
- Lawrence, R. H., Tennstedt S. L. & Assmann, S. F. (1998). Quality of the caregiver - care recipient relationship: does it offset negative consequence of caregiving for family caregivers? *Psychology and Aging*, 13 (1), pp. 150-158.
- Lopes, M. G. (2010). Imagens e Estereótipos de Idoso e Envelhecimento, em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. Dissertação de mestrado apresenta à Universidade da Beira Interior como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde.
- Lutsky N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. In C. Eisdorfer (Ed), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (pp. 287-336). New York: Springer.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), pp. 6-14.
- Majerovtz, S. D. (1995). Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patients with dementia. *Psychology and Aging*, 10 (3), pp. 447-457.
- Marconcin, P., Real, N. C., Dias, C. & Fonseca, A. M. (2010). A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjectivo e a prática da actividade física em idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3 (2), pp. 16-25.
- Marques, S., Lima, M. L. & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, pp. 91-108.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In: C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matheson, D.; Collins, C. & Kuehne, V. (2000). Older adult's multiple stereotypes of young adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 51(4), pp. 245-257.
- Mazutti, C. & Scortegna, H. M. (2006). Velhice e envelhecimento humano: Concepções de pré-escolares do município de Tapejara. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, pp. 101-112.
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In: A. C. Caldas & A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Minayo, M. C. S. (1998). Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade (12ª Ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde* (8ª Ed.). São Paulo: Hucitec.
- Monchietti, A. & Sánchez, M. L. (2008). Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), pp. 143-145.

- Monteiro, M. & Santos, M. R. (1999). *Psicologia*. Porto Editora.
- Moscovici, S. (1960). Textos em Representações Sociais. In: Guareschi, P. A. & Jovchelovitch, S. (4ª Ed.) (1998). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Neri, A. L. & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: E. V. Freitas & Col. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Atheneu.
- Neri, A. L. & Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, 23(2) pp. 127-137.
- Nóbrega, S. M. (1990). O que é a representação social. Tese apresentada para a obtenção do grau de Doutoramento na Ecole des Hautes Études em Science Sociales, Paris, França.
- Nosek, B., Banaji, M. & Greenwald, A. (2001). Harvesting inter-group attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, pp. 101-115.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B. & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging Aging Stereotypes - strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3Sii), pp.164-171.
- Oman, D., Thorensen, C. E. & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *J. Health Psychol.*, 4, 301-316.
- Okimura, T. (2005). Processos de aprendizagem de idosos sobre os benefícios da actividade física. Dissertação apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Educação Física.
- Palacios, C. S., Torres, M. V. T. & Mena, M. J. M. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, pp. 385-390.
- Palmore, E.B. (1990). *The Facts on Aging Quiz*. Springer: New York.
- Penrod, J. D., Kane, R. A., Kane, R. L. & Finch, M. D. (1995). Who care? The size scope and composition of the caregiver support system. *The Gerontologist*, 35(4), pp. 489-497.
- Perracini, M. R. & Neri, A. L. (2002). Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos com alta dependência. In: Neri, A. L. (Org.), *Cuidar de idosos no contexto de família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea.
- Pinquart, M., Wenzel, S. & Sörensen, S. (2000). "Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work". *Educational Gerontology*, 26(6), pp. 523-540.
- Pontarolo, R. S. & Oliveira, R. C. S. (2008). Terceira idade: uma breve discussão. *Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes*, 16(1) pp. 115-123.

- Queiroz, M. S. (2000). *Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa*. In: Barata, R. B. & Briceño, L. (Org.) Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família - dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (1), pp. 195-216.
- Resta, D. G., Budó, M. L. D. (2004). A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Sci Health Sci*, 26 (1), pp. 53-60.
- Ribeiro, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia.
- Ribeirinho, C. M. C. (2005). *Concepções e práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa: Lisboa.
- Rothbaum, F. (1983). Aging and age stereotypes. *Social Cognition*, 2 (2), pp. 171-184.
- Rowe J. W. & Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Silva, L. F. (2001). *Ação Social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sheehan, N. W. & Donorfio, L. M. (1999). Efforts to create meaning in the relationship between aging mothers and their caregiving daughters: a qualitative study and of caregiving. *Journal of Aging Studies*, 13, pp. 161-176.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, pp. 289-297.
- Schene, A. H., Tessler R. C. & Gamache, G. M. (1996). Caregiving in severe mental illness. Conceptualization and measurement. In: H. C. Knudsen & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health service evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schultz, R. & Fritz, S. (1998). Origins of stereotypes of the elderly: an experimental study of the self-other discrepancy. *Exp. Aging Res.*, 13, pp. 189-195.
- Schneider, R. H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4) pp. 585-593.
- Scott, T., Minichiello, V. & Browning, C. (1998). Secondary school students' knowledge of and attitudes towards older people: does an education intervention programs makes a difference? *Aging and Society*, 18, pp. 167-183.
- Schmidt, D. & Boland, S. (1986). Structure of perceptions of older adults. *Psychology and Aging*, 1(3), pp. 255-260.
- Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Silva, L. F. (2001). *Ação Social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Silva, M. E. V. (2006). *“Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!” Racionalidades leigas sobre o envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta: Lisboa.
- Sommerhalder, C. & Neri, A. L. (2002). Avaliação subjective da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri, A. L. (Org.), *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea.
- Sousa L. & Cerqueira M. (2006). Influência do género na imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Kairós*, 9(2), pp.69-86.
- Sousa, L., Cerqueira, M. & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 18, pp. 1-14.
- Stephens M. A. P. & Townsend, A. L. (1997). Stress of parent care: positive and negative effects of women's other roles. *Psychology and Aging*, 12, pp. 376-386.
- Thane, P. (2000). An untiring zest for life: images and self-images of old women in England. *Journal of Family History*, 25 (2), pp. 235-247.
- Tornstam, L. (2006). The Complexity of Ageism: A Proposed Typology. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1, pp. 43-68.
- Unger, J.B., Johnson, C., Marks, G., 1997. Functional decline in the elderly: evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals Behavioral Medicine*, 19, pp. 152-160.
- Vugt, M., Stevens, F. & Aalten, P. (2001). Do caregiver management strategies influence patient behavior in dementia? *International Journal of Psychiatric*, 19, pp. 85-92.
- Ward -Griffin C. & Marshall, V. W. (2003). Reconceptualizing the relationship between “public” and “private” eldercare. *Journal of Aging Studies*, 17 (2), pp. 189-208.
- Wheeler, S.C., Petty, R.E., 2001. The effects of stereotype on behavior: a review of possible mechanisms. *Psychol. Bull.* 127, pp. 797-826.
- Wolf, L. (1998). Effects of age and gender on perceptiions of younger and older adults. In L. M. Wolf. Ageism (pp. 1-6) Consultado em 20 Setembro de 2011, <http://www.webster.edu/~woolfm/ageismlist.html>.

Anexos

Anexo 1

(Estado da Arte)

Índice Geral

Introdução	35
Envelhecimento considerações gerais	36
Cuidadores	38
Tipologias de cuidados	39
Variáveis mediadoras da relação prestação de cuidados	40
Implicações associadas ao cuidar de idosos dependentes	41
Contexto do idoso dependente	42
O contexto do cuidador/ prestador de cuidados	43
O cuidador e a influência do meio	43
Estudos efectuados sobre cuidadores de idosos.....	44
Representações sociais	45
Representações sociais e envelhecimento.....	46
Estereótipos e envelhecimento	47
Imagens e envelhecimento	51
Estudos sobre estereótipos do envelhecimento	52

Introdução

O processo de envelhecimento tem sido explorado nas mais diversas áreas do saber. Assim dentro destas áreas, a que tem vindo a ter grande repercussão é a área relacionada com o cuidado aos idosos. Segundo um estudo de Costa (2001), as representações sociais que os idosos apresentam são partilhadas pela sociedade. Na área da Gerontologia a grande maioria dos estudos realizados na área de prestação de cuidados estão ligados à enfermagem, e a intervenção junto dos cuidadores diz respeito às perdas e à dependência do idoso (Ribeiro, 2007).

Falar de envelhecimento não é novidade, a população mundial está a envelhecer particularmente aqui na Europa, o que tem chamado a atenção dos políticos para os problemas que daí podem resultar. As principais causas que estão na base do envelhecimento são o aumento da esperança média de vida com o conseqüente aumento dos efectivos nas idades mais avançadas; o declínio da fecundidade e da natalidade, o que leva à redução do número de jovens e os fenómenos migratórios, nomeadamente no nosso caso, a saída dos jovens em busca de melhores condições de vida (Silva, 2001).

Nos dias de hoje existe uma predominância de uma imagem negativa acerca do idoso e do envelhecimento. Mas antigamente o idoso era visto como um ser sábio, com prestígio e respeitado por todos. Mas hoje o idoso está associado à solidão, com dificuldades tanto a nível biológico como mental, com muitos problemas de saúde e por isso dependente de outrem. Ou seja, é visto como um ser ultrapassado, antiquado e senil (Ribeirinho, 2005). Mas por oposição existem novas formas de envelhecimento que vêm contradizer estas imagens estereotipadas (Ribeirinho, 2005), surgindo o conceito de envelhecimento bem-sucedido, onde advém a ideia da utilização do potencial individual, para assim alcançar o bem-estar físico, social e psicológico (Marconcin, Real, Dias & Fonseca, 2010). Existem muitos idosos que continuam a desempenhar diversas funções e actividades, rompendo com a ideia de que um idoso não consegue desempenhar tais actividades. Sendo assim urge a necessidade de uma desmitificação do conceito de velhice (Ribeirinho, 2005).

A nível profissional, os técnicos de saúde e de acção social vivem as suas experiências e atribuem-lhes diversas interpretações, que reflectem e traduzem a tendência social da época (Diniz, 2002). Estes foram sujeitos a uma série de imagens que foram sendo transmitidas pela sociedade, e por isso seria importante saber que imagens os profissionais que lidam directamente com os idosos (prestadores de cuidados continuados, médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de serviço social) têm acerca da velhice e do envelhecimento e de que forma essas imagens poderão estar a influenciar de modo positivo e/ou negativo o seu desempenho (Ribeiro, 2007).

Existem diversos fenómenos negativos que advêm do impacto das imagens dos profissionais em relação à velhice e ao envelhecimento como a discriminação gerontológica, o *ageism*. Ao nível das relações interpessoais são utilizados denominações de forma a rotular o idoso, como senil, doente, acabado, triste, amargurado, inútil, parado, preguiçoso, pobre,

egoísta, aborrecido e teimoso, termos utilizados por quem intervém na elaboração do corpo de registos das intervenções profissionais (Ribeiro, 2007).

De forma a evitar tal rotulagem é relevante criar de forma antecipada, uma formação e preparação técnica adequada, associada ao desenvolvimento de saberes transversais que façam parte de todos os pilares da construção social e/ou profissional (Ribeiro, 2007).

Envelhecimento: considerações gerais

Estudiosos, cientistas e grandes pensadores sempre tiveram interesse e curiosidade em estudar o envelhecimento, de forma a poder encontrar o “elixir” da vida. Mas só recentemente é que assistimos ao desenvolvimento de novas técnicas e formas para melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas (Silva, 2001). Com o aumento da população idosa, a perda progressiva do seu status na sociedade actual (sociedade produtiva e consumista) e a sua vulnerabilidade à doença, justificam uma visão global e multidimensional (Silva, 2001). O conceito de envelhecimento sofreu inúmeras alterações ao longo do tempo, desenvolvendo-se de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Com o surgimento da Gerontologia como conhecimento científico, o envelhecimento aparece como objecto de estudo de diversas ciências, realçando a visão pluridisciplinar deste fenómeno. De um modo geral, segundo Bengston, Rice e Johnson (1999), pretende-se abordar com esta disciplina o seguinte: os problemas funcionais e a sua inter-relação com as incapacidades e dependências dos idosos; o envelhecimento enquanto processo onde se incluem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência e a idade enquanto padrão de comportamento social (Sequeira, 2010).

Os conceitos de velhice e envelhecimento são difíceis de caracterizar. A velhice só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Esta interacção estabelece-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso (Shneider & Irigaray, 2008). Conceitos como a velhice e o envelhecimento são formas de conhecimento, elaboradas a partir de informações e imagens externas, que nos chegam após serem processadas com as nossas experiências e vivências e, sobretudo, com as componentes sócio-históricas apresentadas na nossa cultura (Yubero & Larrañaga, 1999 *cit. in* Ribeiro, 2007). É possível enquadrar o conceito de velhice a partir de três aspectos: 1) velhice enquanto uma etapa sobretudo caracterizada em termos cronológicos, situada entre os 65 anos de idade, coincidindo com o início da reforma; 2) período marcado por diversos acontecimentos de vida, como a reforma, a viuvez, o fim do trabalho, à não produtividade e associada a perdas emocionais, relacionais e sociais; 3) fase marcada por perdas ao nível funcional. No entanto é importante salientar que a velhice é um fenómeno que varia de

pessoa para pessoa e é uma fase que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal (Ribeiro, 2007).

O envelhecimento envolve um conjunto de alterações físicas, psicológicas e sociais, naturais e gradativas, podendo ocorrer em idade mais precoce ou mais avançada, em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas e, principalmente, com o modo de vida de cada indivíduo. A velhice e o envelhecimento são inseparáveis, decorrendo de determinantes biológicos e recebendo a influência social e comportamental, que atravessa gerações, podendo tornar-se num padrão de códigos rígidos com efeitos negativos ou positivos (Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde considera que velho é a pessoa que já completou os 65 anos. Mas por outro lado, em países em subdesenvolvimento ou em vias de desenvolvimento, velho é uma pessoa com 60 anos ou menos, porque a esperança média de vida ser muito baixa nestes países (Oliveira, 2008). De igual modo, nos países desenvolvidos, graças aos avanços da medicina, da higiene e de outros factores, ao invés dos 65 anos poderia considerar-se os 70 ou 75 anos como passagem à velhice, devido ao aumento da esperança média de vida. Como a velhice pode atingir um leque de vida bastante amplo, pode se falar de várias velhices, como a divisão apresentada no recenseamento nos EUA, que distingue três categorias: a) idosos jovens (elderly) (entre os 65 e os 74 anos); b) idosos (sem adjectivação) (aged) (dos 75 aos 84 anos); c) muito idosos (very old) (a partir dos 85 ou 90 anos) (Oliveira, 2008).

A velhice como conceito insere-se na dinâmica das atitudes, das crenças e dos valores da sociedade. A nível social, a velhice encontra-se em oposição à juventude, pelo qual é frequente a oscilação entre a idealização e a depreciação do idoso (Neri & Jorge, 2006). Esta depreciação do idoso resulta da não preparação para o envelhecimento, onde é importante reflectir sobre as experiências vividas, de forma a assumir novas posturas, como: a recuperação de valores e modos de viver; alteração das rotinas diárias; a retomada de planos de vida incompletos; a reconstrução da identidade pessoal e social com base em novos interesses e motivações (Novaes, 1997 *cit. in* Pontarolo & Oliveira, 2008). A saída do mercado de trabalho do idoso acaba por provocar uma deterioração pessoal e social. Essa degradação social é gerada por uma ideologia que dá suporte à eficiência e à segurança da sociedade moderna onde o novo, o ágil, o habilitado a produzir e a consumir é que é valorizado perante a sociedade (Pontarolo & Oliveira, 2008). Todos esses elementos presentes na sociedade capitalista determinam não só a qualidade de vida como também a longevidade. Pessoas de classe alta podem ter mais cuidado com a sua saúde, ler mais, usufruir mais opções de lazer, ter acesso a informações que lhes permitem permanecer produtivos durante mais tempo (Pontarolo & Oliveira, 2008). As pessoas de classe média passam a ser excluídas quando se reformam, pois perdem o status, uma grande percentagem da sua renda diminui, o que exige uma procura por uma segunda carreira a fim de continuar sendo reconhecido e possuir uma razoável qualidade de vida. As pessoas de classe baixa crescem na precariedade cultural,

sanitária, financeira e educacional, o que diminui todas as probabilidades de uma vida longa com qualidade (Pontarolo & Oliveira, 2008).

Portugal em 1985 era um dos países mais jovens da Europa (26% de jovens) e moderadamente envelhecido (11% de idosos). Em 2000 a percentagem de idosos era de 16,4% (16% com idades até aos 14 anos e 14,3% entre os 15-24 anos) (Oliveira, 2008). Porém em 2005, segundo o Instituto Nacional de Estatística, a população idosa aumentou quase em um milhão de indivíduos, passando de 708570 em 1960 para 1702120 em 2001, dos quais 715073 eram homens e 987047 eram mulheres. O índice de envelhecimento passou de 27 idosos para cada 100 jovens em 1960, para 106 idosos por cada 100 jovens em 2004 (Sequeira, 2010). No entanto assistiu-se também a um aumento do índice de longevidade, que passou de 34 em 1960 para 42 em 2001 (Sequeira, 2010). Em 2025 os idosos poderão atingir 20% da população (enquanto os jovens andarão pelos 16%) (Silva, 2001). O envelhecimento demográfico não se apresenta de igual modo entre homens e mulheres dado que elas têm uma esperança média de vida superior à dos homens (Silva, 2001). Tendo em conta este envelhecimento o país tem de se estruturar de forma a poder ajudar a providenciar infra-estruturas e redes de apoio aos idosos face a providenciar os cuidados que precisam e merecem (a nível físico e psicológico) (Oliveira, 2008).

Cuidadores

O cuidador é uma pessoa, que pode ou não ser membro da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas actividades quotidianas (e.g. alimentação, higiene pessoa, medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços, como idas ao banco e à farmácia) (Gordilho, Nascimento, Silvestre, Ramos, Freire, Espíndola, *et al.*, 2000).

Habitualmente, a função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada de cuidador principal. Num estudo efectuado no Rio Grande do Sul (Brasil), foram distinguidos três tipologias de cuidadores: cuidador dedicado, que está sempre disponível e preocupado com quem cuida, demonstrando o seu cuidado; cuidador por obrigação, que cuida do seu familiar por não haver mais ninguém que o substitua, não se mostrando disponíveis e lamentando-se da tarefa do cuidar; cuidador sem iniciativa, não se envolvem e não desejam participar em orientações que possam levar a uma melhora do bem-estar do idoso (Resta & Budó, 2004).

Relativamente ao perfil do cuidador, num estudo efectuado em 2002 constata-se o predomínio de mulheres (73%), nomeadamente esposas e filhas (Cerqueira & Oliveira, 2002). O que vem de encontro com outro estudo efectuado em 2004 num serviço psicogeriátrico, que demonstrou que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino, com uma média de idades de 51,3 anos (Garrido & Menezes, 2004). Curiosamente, a faixa etária dos cuidadores pertence,

na maioria das vezes, à mesma geração das pessoas que cuidam, sendo “*idosos jovens independentes a cuidar de idosos dependentes*” (Caldas, 2004).

Tipologias de cuidados

No contexto da prestação de cuidados, existem duas formas distintas do cuidar: no âmbito do cuidado formal (actividade profissional) e no âmbito do cuidado informal. No âmbito do cuidado formal (actividade profissional), os prestadores deste tipo de cuidado são profissionais devidamente qualificados (como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), o que exige uma preparação específica para o desempenho deste tipo de papel e que estão integrados no âmbito de uma actividade profissional, desempenhados num contexto laboral, podendo exercer esta actividade de forma remunerada e/ou voluntária em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outros (Sequeira, 2010). No âmbito do cuidado informal, os cuidados são desempenhados, preferencialmente, no domicílio por familiares, amigos, vizinhos ou outros (Sequeira, 2010). Vizinhos e amigos assumem cuidar em situações pontuais, quando a família está ausente e não lhes pode providenciar o cuidado que necessitam (De La Cuesta, 2004). O cuidado efectuado envolve acções de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (Cecagno, Souza & Jardim, 2004).

Os cuidados informais são designados desta forma, dado que são executados de forma não remunerada, não antecipada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos (Sequeira, 2010). A função de cuidar tem estado ao longo dos tempos, associada essencialmente à família (Lage, 2005), resultando a designação de familiar prestador de cuidados (De La Cuesta, 2004). Existem ainda outros termos na literatura, como o termo “dador de cuidados” (cuidador informal) e o “receptor de cuidados” (pessoa alvo do cuidado) (Sequeira, 2010).

Existem três tipos de cuidadores informais: o cuidador primário ou principal, o cuidador secundário e o cuidador terciário. O cuidador primário ou principal - é a pessoa que tem a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente da pessoa idosa que necessita de cuidados. Investigadores definiram este conceito como sendo o cuidador que realiza mais de metade do cuidado informal ao idoso dependente (Martín, 2005).

O cuidador secundário é uma pessoa que disponibiliza a sua ajuda na prestação de cuidados numa situação pontual ou regular, mas não detém a responsabilidade de cuidar, sendo estes na sua maioria, familiares que oferecem o seu suporte ao cuidador principal. Esta ajuda pode ser feita através da prestação de cuidados à pessoa idosa, ou a outro nível, como exemplo a nível económico (apoio em actividades de lazer, apoio em actividades sociais, entre outros) podendo ainda substituir o cuidador principal em situações de emergência ou na sua ausência (Penrod, Kane, Kane e Finch, 1995). O cuidador terciário é uma pessoa próxima, como um familiar, vizinho ou amigo que ajuda de forma pontual e esporádica ou apenas

quando solicitado em situações de emergência, não detendo qualquer responsabilidade pelo cuidar (Neri & Carvalho, 2002).

Variáveis mediadoras da relação prestação de cuidados

Sequeira (2007) efectuou um estudo onde refere que existem diferentes variáveis influenciam a eficácia na adopção do papel de prestador de cuidados e, por isso, elaborou um modelo de análise que atende a relação prestação de cuidados, contextualizada e centrada em ambos os sujeitos (cuidador e idoso). Com isto pretende analisar a relação prestação de cuidados, determinar o contributo relativo de cada grupo de variáveis, para deste modo elaborar um modelo explicativo de repercussões no familiar cuidador ao nível da satisfação e sobrecarga, presente na figura 1.

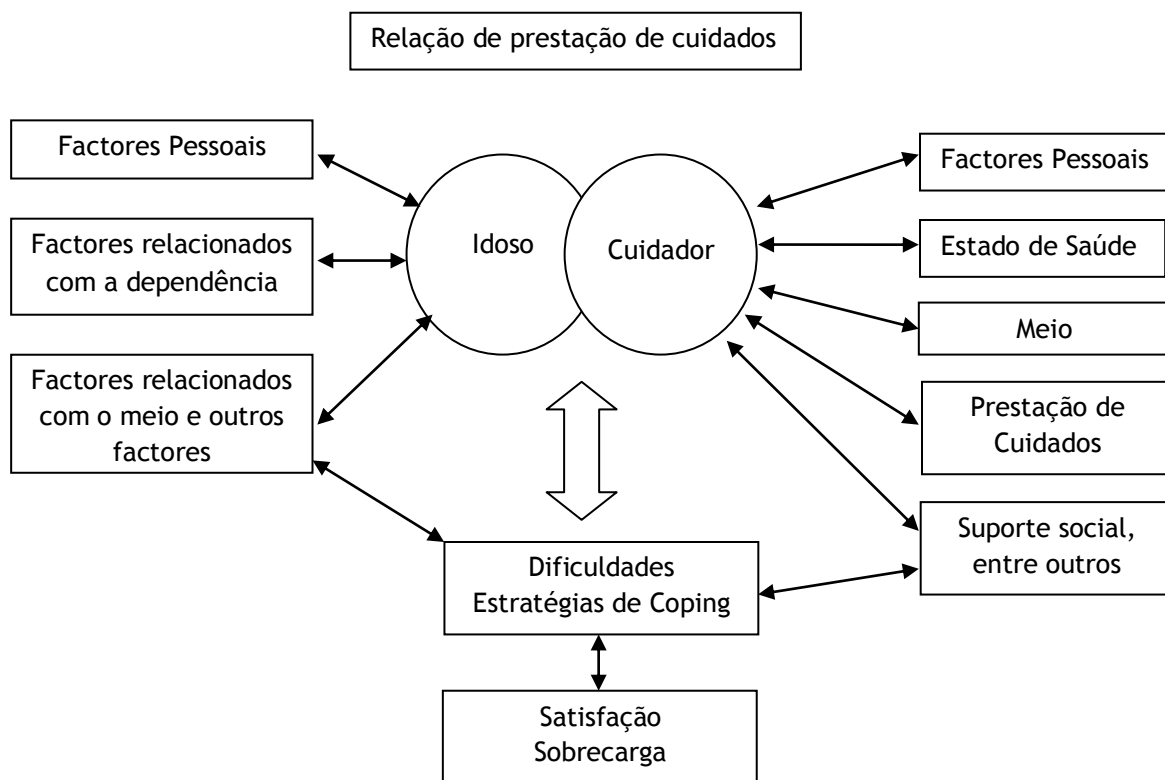


Figura n.º 1. Modelo de análise das variáveis em interacção na relação de prestação de cuidados, adaptado de Sequeira, 2010, pág. 168.

Foram consideradas como principais variáveis mediadoras da relação prestação de cuidados as dificuldades que o cuidador apresenta e as estratégias de coping que ele utiliza no âmbito de cuidar, dado que estas estão directamente influenciadas pelo contexto do

doente e pelo contexto do cuidador e vice-versa, ou seja, estas também influenciam o contexto. A título de exemplo, as dificuldades apresentadas pelo cuidador podem influenciar ao nível da morbilidade do idoso, assim como esta pode ter implicações ao nível das dificuldades que o cuidador apresenta. Desta forma é mais correcto falar de um modelo de interacção, ao invés de um modelo preditivo (Brito, 2002), onde as implicações estabelecem o resultado da interacção das diferentes variáveis inseridas num determinado contexto.

Sendo assim o modelo preditivo traduz de uma forma mais fiel a relação de prestação de cuidados, a partir do qual se poderá determinar as variáveis promotoras de satisfação ou sobrecarga (Sequeira, 2010).

Implicações associadas ao cuidar de idosos dependentes

As implicações associadas ao cuidar de um idoso com dependência física e/ou mental ocorrem de contextos dinâmicos que interagem entre si. Desta interacção sucede a natureza multidimensional da relação prestação de cuidados (Schene, Tessler & Gamache, 1996), onde existem duas áreas a realçar: uma está relacionada com a necessidade de providenciar cuidados (*care*) ou ocupar-se de (*caring for*), enquanto que a outra está relacionada com a existência de preocupações e sofrimento ou preocupar-se com (*caring about*). Outros investigadores operacionalizaram as implicações associadas ao cuidar em sobrecarga objectiva e sobrecarga subjectiva. A primeira relaciona-se com os acontecimentos e actividades concretas, referindo-se às mudanças nos parâmetros de vida do cuidador, potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica, entre outros). A sobrecarga subjectiva é compreendida como o conjunto de emoções, sentimentos, atitudes e reacções emocionais face à experiência do cuidar (Lage, 2005).

Garret (2005) salienta que existem alguns factores determinantes para a existência de implicações associadas ao acto de cuidar, como a perda da liberdade, a incapacidade de usufruir de tempos livres e momentos de lazer; sobrecarga de trabalho e frequentemente, assumir tarefas nunca antes executadas; falta de conhecimentos teóricos e práticos em relação à doença (sintomas, evolução, tratamento); dificuldades monetárias; presença de alterações psicopatológicas; entre outras.

De uma forma resumida e integrando diversos enquadramentos teóricos, foi considerado que a natureza das implicações associadas ao cuidar de um idoso dependente está relacionada com três contextos: o contexto do idoso dependente; o contexto do cuidador e o cuidador e a influência do meio. Desta forma, o contexto do idoso dependente está directamente relacionado com a necessidade de cuidados; o contexto do cuidador com competência para cuidar e o contexto do meio com as variáveis essencialmente mediadoras (Sequeira, 2010).

Contexto do idoso dependente

Relativamente ao idoso dependente, verifica-se a existência de diversas variáveis que influenciam a relação prestação de cuidados, e em consequência, as implicações que estão relacionadas ao acto de cuidar, sendo estas variáveis o sexo, a idade, a religião, a educação, os recursos económicos, o tipo de relação com a família, entre outros (Sequeira, 2010).

No entanto, existem outras variáveis que poderão determinar a natureza das implicações sobre quem cuida, e onde se salientam dois factores: a pessoa enferma e o processo da enfermidade, onde se engloba um conjunto de modificações cognitivas, comportamentais, entre outras, com implicações globais no contexto (Sequeira, 2010).

Em relação à pessoa enferma é indispensável ter em conta que é um sujeito único e com uma personalidade intrínseca, que incorpora em si um conjunto de aspectos diferenciados e que estes podem interferir na relação que é estabelecida com base na necessidade de cuidados (Sequeira, 2010). Quando se refere à enfermidade, como por exemplo uma doença crónica e com carácter degenerativo (a demência), esta provoca limitações na interacção social quer do doente quer do cuidador, devido à necessidade de cuidados continuados que esta doença acarreta, assim como as alterações provocadas ao nível cognitivo/comportamental e nas actividades de vida diária. As variáveis clínicas que estão relacionadas com a doença são o prognóstico, o tempo de duração da doença, os sintomas apresentados, o estado funcional, a intensidade e o tipo de cuidados a serem prestados, entre outros, o que irá despoletar uma necessidade de cuidados continuados (Sequeira, 2010).

Numa fase inicial da doença prevalece como principal actividade a preocupação com a angústia dos familiares e a degeneração que a doença provoca ao nível cognitivo/comportamental. Numa fase mais avançada, a principal actividade do cuidador será o de ocupar-se de, onde o contacto próximo com o idoso dependente é obrigatório, na maioria dos casos (Sequeira, 2010).

As principais variáveis que determinam o surgimento das implicações, neste caso no idoso com demência, estão associadas em termos de alterações cognitivas, comportamentais, relacionais e funcionais (Sequeira, 2010). As principais dificuldades do cuidador estão associadas com as atitudes e comportamentos antissociais do doente (Neri & Carvalho, 2002). As características pessoais do doente como o autoconceito, as crenças, as atitudes, as expectativas, as aptidões relacionais, a capacidade de resolução de problemas, os estilos de coping, o locus de controlo, entre outros irão determinar as implicações subjectivas do idoso dependente (Sequeira, 2010).

O contexto do cuidador/ prestador de cuidados

Na relação de prestação de cuidados, existem variáveis que pela sua natureza são determinantes nesta relação, sendo estas a idade; o género; o rendimento; as habilitações literárias; a profissão que exerce; a complexidade do cuidador; a personalidade; a história de vida; o tipo de relação existente com o doente; os recursos pessoais; as estratégias de coping; o autoconceito; as atitudes e crenças; as expectativas; as capacidades relacionais; os objectivos de vida; a saúde física e mental; a ideologia; a classe social; entre outros (Sequeira, 2010).

Em relação à sobrecarga subjectiva, existem características pessoais e aspectos da personalidade que determinam a percepção de sobrecarga, sendo estes: o autoconceito; o locus de controlo; as competências pessoais, particularmente na vertente relacional e de resolução de problemas (Hooker, Frazier & Mohan, 1994). É importante salientar que estas repercussões subjectivas não resultam apenas de factores individuais, mas também da interacção com variáveis anteriormente referidas (Sequeira, 2010).

Investigações recentes referiram que o género, a formação académica e a personalidade do cuidador são determinantes no estabelecimento de interacção com o idoso, e estes podem predispor o surgimento da agitação/agressividade do idoso, e por sua consequência, o surgimento de sobrecarga no cuidador (Vugt, Stevens & Alten, 2001). O nível educacional dos cuidadores está directamente relacionado com o surgimento de situações de risco (desnutrição, infecções, obstipações e incapacidade funcional), o que caberá ao cuidador de prevenir estas situações (Melo, 2005). Cuidadores que apresentam um vasto leque de conhecimentos acerca da doença, que apresentam uma boa capacidade para intervir e uma boa percepção da sua auto-eficácia, encontram-se menos vulneráveis ao surgimento da sobrecarga e contribuem para o bem-estar do idoso dependente (Sequeira, 2010).

O cuidador e a influência do meio

Ao nível do contexto do meio, existem diversas variáveis que influenciam este contexto como o suporte social; os serviços formais de apoio; a co-residência; os recursos comunitários; a cultura; a habitação; a valorização social do cuidar; o contexto em que são efectuados os cuidados; as leis; ter o apoio de familiares/amigos/vizinhos; entre outros, poderão actuar de forma positiva ou negativa a relação de prestação de cuidados, e estão directamente relacionados com o surgimento ou não da sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador (Sequeira, 2010). O suporte social percebido pode constituir um óptimo modelador da percepção de sobrecarga (Ribeiro, 1999a).

A necessidade de prestação de cuidados implica que o cuidador concentre os seus esforços e atenção no idoso dependente, provocando uma diminuição significativa nos contactos ao nível social e uma diminuição do tempo disponível. A diminuição do contacto ao

nível social poderá despoletar o isolamento social, o que irá deteriorar a saúde e bem-estar do cuidador (Sequeira, 2010).

Em termos de saúde, considera-se que o facto de cuidar de alguém poderá ter implicações directas na saúde física e mental do cuidador (como ao nível da ansiedade, da depressão e o recurso a psicofármacos), uma vez que os cuidadores apresentam índices de patologia psiquiátrica superiores ao da população normativa (Schene, 1990). Ao nível físico, a saúde poderá ser afectada pelo esforço físico perpetuado pelo cuidador no acto de cuidar, pela agressividade do doente (fase inicial/moderada) e pela frequência dos sintomas psicossomáticos (Sequeira, 2010).

Estudos efectuados sobre cuidadores de idosos

A intervenção efectuada junto dos cuidadores visa a formação destes, a criação de programas psicoeducacionais de carácter preventivo e de apoio que possam desenvolver a troca de informações, para assim melhorar a qualidade de vida dos idosos e dos cuidadores. Ao nível do cuidado informal, este surge como uma alternativa aos altos custos da saúde, e visa o benefício dos idosos dependentes e dos cuidadores. Os estudos que foram cometidos no âmbito do cuidado informal dizem respeito a distintas formas de treino de familiares, com a finalidade de cuidar do idoso ao domicílio.

No estudo de Lee, Volans & Gregory (2003) realizado a psicólogos clínicos e a outros profissionais de saúde na Inglaterra, tinha como intuito saber que dificuldades estes profissionais apresentavam ao trabalhar com idosos. Os resultados demonstraram que as maiores dificuldades estavam ligadas a uma visão negativa quanto ao mito de que as pessoas idosas não respondiam bem ao tratamento psicológico.

Outros estudos visavam a diminuição do stress do cuidador e para o desenvolvimento do seu auto-cuidado (Silvia & Neri, 1993; Pavarini, Varoto, Barham & Sadalla, 2001; Cerqueira & Oliveira, 2002; Santana, 2003).

Outros estudos demonstram que existe uma visão negativa associada ao acto de cuidar, onde só recentemente foram efectuados estudos onde se associaram aspectos positivos (Neri & Sommerhalder, 2002).

Investigações indicam que os cuidadores devem procurar experiências positivas na relação de cuidado, de modo a tentar diminuir os altos níveis de sobrecarga percebidos, o sentimento de obrigação no cuidado e a depressão (Stephens & Townsend, 1997; Lawrence, Tennstedt & Assmann, 1998; Ward-Griffin & Marshall, 2003).

Outro estudo feito nas escolas australianas por Scott, Minichiello & Browning (1998) tinha como propósito conhecer a perspectiva dos estudantes acerca dos idosos. Os resultados demonstraram que os estudantes não detinham muitos conhecimentos acerca desta faixa etária, como também apresentavam muitos conceitos erróneos acerca desta população. Urge neste sentido, fazer uma implementação de programas de intervenção junto dos jovens de modo a construir uma imagem positiva dos idosos.

Estudos foram realizados em relação aos aspectos positivos e negativos do acto de cuidar, mais concretamente o bem-estar físico e psicológico do cuidador. A melhoria da qualidade de vida do cuidador está vinculada a algumas questões como a aquisição de conhecimentos sobre cuidados básicos e instrumentais; ao ajustamento psicológico da família em relação aos vários papéis exercidos e finalmente os mecanismos disponíveis de modo a enfrentar a situação de cuidado. Estes aspectos possibilitam aos cuidadores fazerem uma avaliação subjectiva da situação de cuidado de forma a ponderar os benefícios e os custos (Sheehan & Donarvio, 1999; Imbassahy, 2000; Perracini & Neri, 2002; Sommerhalder & Neri, 2002; Karsh, 2003).

Existem diversas variáveis influenciam a relação de ganhos e perdas associadas ao acto de cuidar. É preciso ter em consideração as questões do género, dado que no nosso país a grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino; é necessário verificar de que maneira as tarefas diárias são executadas, se o cuidador tem algum tipo de ajuda formal ou informal; seguidamente é indispensável a avaliação subjectiva que os cuidadores familiares fazem associada ao acto de cuidar (se esta é uma avaliação positiva - ganhos- ou se é negativo - perdas) o que seria essencial compreender essa dimensão de cuidado de modo a ajudar a melhorar esse mesma relação. Por fim é importante salientar a relação de enfrentamento e da adaptabilidade (ajustamento psicológico). Os estudos revistos acerca deste assunto afirmam que os cuidadores menos adaptados estão mais propensos a doenças e à depressão (Majerovitz, 1995; Karsch, 2003).

Representações sociais

Existe uma pluralidade de definições de representações sociais em diferentes disciplinas (Sociologia, Psicologia e Antropologia). Para Minayo (1998) representações sociais são uma denominação filosófica que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento.

Emile Durkheim foi o primeiro a trabalhar com este conceito ao investigar as práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas, abordando as Representações Colectivas (Nóbrega, 1990). Para este autor, as representações colectivas são classes de pensamento através das quais a sociedade elabora e expressa a sua realidade (Minayo, 1998). Segundo este autor, as representações colectivas não reduzem a sociedade à somatória das representações dos indivíduos, mas seria “a transmissão da herança colectiva dos antepassados, que acrescentariam às experiências individuais tudo o que a sociedade acumulou de sabedoria e ciência ao passar dos anos” (Alexandre, 2004).

Moscovici (1960) a partir do conceito de representações colectivas elabora a Teoria das Representações Sociais, podendo ser descrita como:

“ (...) um tipo de saber socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projectos de acção e nas estratégias que desenvolve no seu meio social. As representações sociais são

conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significados plenos, apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam.” (Queiroz, 2000, pág. 27).

Nas Ciências Sociais, as representações sociais podem ser definidas como categorias de pensamento, de acção e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (Minayo, 2004). De acordo com Nóbrega (1990), as representações sociais situam-se nas dimensões das atitudes, informações e imagens. Ela contribui para formação de comportamentos e para a orientação das comunidades sociais.

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais surgem quando algo não familiar necessita de ser transformado em algo familiar. A não familiaridade provoca o medo da perda dos referenciais habituais, do senso de continuidade e de compreensão mútua. A realidade social é criada quando o novo e não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. Os processos criados para se tornar socialmente conhecido e familiar são a ancoragem e objectivação. A ancoragem consiste na integração cognitiva do objecto representado - sejam ideias, acontecimentos, pessoas, relações - a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações sociais implicadas. Desta forma, ancorar é transformar para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado (Lane & Sawaia 1995). De acordo com Jodelet (1985), a objectivação consiste numa operação imaginável ou estruturante, pela qual se dá uma forma ou figura específica ao conhecimento acerca do objecto, materializando a palavra. Segundo esta autora, as representações sociais são reproduções de conhecimento do contexto social, material e ideológico da sociedade em que vivemos. Podem se manifestar como elementos cognitivos (e.g. imagens, conceitos, categorias, teorias). Ao serem socialmente compartilhadas contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a comunicação (Spink, 1993).

Representações sociais e envelhecimento

Os indivíduos estão sujeitos às múltiplas relações interpessoais inseridas no seu meio social, numa relação de diversidade com o seu meio ambiente, criando assim inúmeras visões do mundo, ideologias, crenças, representações e atitudes. A capacidade de apreender e compreender a informação que retemos do meio é influenciada por referências da sua condição social e pelos símbolos da sua própria cultura (Catita, 2008). A qualidade de vida dos idosos tem sido influenciada por essa relação de pluralidade com o seu meio e pelas diferentes visões acerca do envelhecimento, como as ideias pré-concebidas acerca dos idosos, que são na sua grande maioria erradas (Catita, 2008). As representações sociais surgem como uma reorganização significativa na qual se estruturam o pensar e o agir de um homem e não apenas uma mera reprodução da realidade num plano (Catita, 2008).

O apoio dado ao idoso tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos e isso pode dever-se ao facto da família nuclear ter sido alterada ao longo dos anos, às modificações das

convicções de vida, às migrações, que têm vindo a alterar de forma significativa os cuidados prestados à população idosa (Ramos, 2005). Desta forma, de modo a alterar esta situação, foram criadas na Europa estratégias sociais que consideravam a problemática do envelhecimento, e estas tinham como objectivo o envolvimento familiar, a prestação de cuidados ao domicílio e a tentativa de alargamento das redes de suporte social com o âmagio de melhorar as condições de vida deste grupo etário, de forma a prevenir as situações de exclusão social (Catita, 2008).

O meio social e cultural é um veículo de transmissão de ideias preconcebidas, que poderão favorecer ou desfavorecer a imagem de certos grupos sociais. Os idosos são um grupo particularmente vulnerável a esta transmissão, sendo por isso sujeitos a discriminação, preconceitos, mitos e estereótipos. Isto surge devido à falta de conhecimento acerca da temática do envelhecimento e de todo o processo que o envolve (Catita, 2008).

Berger & Mailloux-Poirier (1995) afirmaram que o primeiro obstáculo que enfrentamos está ligado ao facto de acharmos que os idosos são um grupo de indivíduos homogéneos com as mesmas necessidades. Desta forma é imprescindível a compreensão da heterogeneidade dos idosos, não os vendo a todos por igual, precisamente na tentativa de contrariar a propensão para a estereotipia. Ainda existem muitos mitos e estereótipos acerca da população idosa, onde alguns estão bastante enraizados na nossa cultura, o que gera atitudes discriminatórias.

As atitudes são a componente principal nas relações sociais. Monteiro & Santos (1999) definiram atitude como *“uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação de uma forma positiva ou negativa. A atitude implica um estado que orienta o indivíduo a reagir de determinado modo”*. Ainda segundo estes autores as atitudes são constituídas por três componentes. Uma componente cognitiva, que inclui um conjunto de crenças acerca de um objecto, sendo esta uma informação que aceitamos sobre uma situação, um acontecimento ou um conceito. Uma componente afectiva, onde a pessoa desenvolve sentimentos positivos ou negativos. E uma componente comportamental, que engloba um conjunto de acções que o sujeito desempenha numa determinada situação, ou seja, todo o conjunto de reacções de um sujeito relativamente ao objecto da atitude (Catita, 2008).

Estereótipos e envelhecimento

Estereótipos são atributos que se utilizam para caracterizar uma determinada categoria social (Wheeler & Petty, 2001). Segundo o modelo tripartido das atitudes, os estereótipos sociais representam a componente cognitiva das atitudes. Hilton & Von Hippel (2006) definem os estereótipos sociais como crenças, estruturas de conhecimento e pensamentos que mantemos acerca de um determinado grupo social. As pessoas fazem uma avaliação do estímulo que recebem, e dependendo das cognições ou pensamentos, essas podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Sendo assim segundo esta perspectiva, os estereótipos

negativos acerca de um grupo social resultam de uma avaliação desfavorável acerca do mesmo. Frequentemente os estereótipos resultam em atitudes negativas (Palmore, 1990).

Os estereótipos em relação à idade têm por base um teor negativo (Kite & Wagner, 2002; Butler, 2004) no que diz respeito à personalidade e ao temperamento (e.g. envelhecer torna as pessoas mais irritadiças e provoca mudanças bruscas de temperamento), em aspectos sociais (e.g. velhice é sinónimo de solidão), na afectividade (e.g. a velhice provoca perda de laços afectivos), na sexualidade (e.g. os idosos perdem o interesse na actividade sexual), em funções cognitivas (e.g. ser idosos significa perder as nossas habilidades cognitivas), em relação à saúde (e.g. ser idoso significa estar doente), na perda de interesses (e.g. ser idoso significa perder os hobbies e os interesses que tínhamos quando éramos jovens) e muitos outros relacionados com outras áreas (Palacios, Torres & Mena, 2009). É importante salientar que estes estereótipos são mantidos quer pelos jovens quer pelos idosos (Fernández-Ballesteros, 1992; De Angelo, 2000). Este tipo de estereótipos tem vindo a alterar-se ao longo dos anos, tendo acompanhado as mudanças sociais e as políticas de saúde face a este grupo etário (Cutler, Whitelaw & Beattie, 2002 *cit. in* , Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner & Mockenhaupt, 2003). Estereótipos referentes a esta população mais velha geram determinados mitos acerca do envelhecimento (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner & Mockenhaupt, 2003). Rowe & Kahn (1998) descrevem seis mitos comuns:

Tabela 1. Mitos comuns acerca do envelhecimento (Rowe & Kahn, 1998)

<u>Mitos</u>	<u>Explicação</u>
“Ser velho é estar doente”	Apesar de determinadas incapacidades e doenças crónicas estarem associadas com o envelhecimento, a maior parte da população idosa é capaz de realizar as funções básicas necessárias para seu dia-a-dia.
“Burro velho não aprende línguas”	As pessoas mais velhas são capazes de aprender novas coisas e de as realizar até ao final do seu ciclo vital.
“O cavalo está fora do estábulo”	Os benefícios de adoptar novos comportamentos em relação ao estilo de vida estão presentes durante todo o ciclo vital, nunca é tarde demais para mudar de hábitos.
“O segredo para um envelhecimento bem sucedido é escolher de forma inteligente os nossos pais”	Os factores genéticos não têm um papel tão relevante na determinação da longevidade e na qualidade de vida como se pensa. No entanto, factores sociais e comportamentais, desempenham um papel de maior importância quanto ao estado d funcionamento e de saúde.
“Não existe interesse sexual”	Apesar de o interesse e a frequência relativa à sexualidade diminuir com a idade, a maioria das pessoas mais velhas, que ainda têm parceiros e não apresentam qualquer tipo de problemas de saúde relevantes, continuam sexualmente activas.
“Não participam activamente na sociedade”	A maioria destas pessoas que não trabalha pelo ordenado estão envolvidos em actividades produtivas com as suas famílias ou com a

| comunidade onde estão inseridos.

O estudo acerca dos estereótipos ainda é muito recente, no entanto, a Teoria Social Cognitiva pode ser vista como um pilar, a partir do qual é desenvolvida uma função defensiva em relação aos estereótipos. Bandura (1997) argumenta que as pessoas expressam crenças acerca da sua eficácia para controlar os acontecimentos nas suas vidas, que irão influenciar as suas decisões, os seus objectivos, o seu nível de esforço e perseverança e resistência para os acontecimentos adversos que possam advir, entre outros aspectos (Palacios, Torres & Mena, 2009). Em consequência, os idosos que têm uma forte imagem negativa acerca do envelhecimento terão poucas estratégias de coping para lidar com as adversidades da vida comparados com os sujeitos cujos estereótipos não sejam tão fortes. Diversos estudos foram realizados com idosos dentro desta perspectiva teórica. Os resultados da pesquisa de Nosek *et al.* (2001) dizem que os idosos têm uma tendência para não identificar-se com o seu próprio grupo, pelo contrário, tendem a se perceber como uma excepção. Esta não identificação com o envelhecimento e com o conteúdo negativo, pode ser interpretado como uma função defensiva (Bultena & Powers, 1979; Heckhausen & Krueger, 1993; Heckhausen & Brim, 1997; Shultz & Fitz, 1998).

Outros estudos avaliaram o impacto dos estereótipos negativos na saúde e nas variáveis psicossociais em idosos. Neste sentido, as percepções estereotipadas dos idosos acerca do envelhecimento pode ter a ver com resultados diferentes da qualidade de vida em várias áreas vitais. Resultados demonstraram que os idosos que vivem sós têm uma maior tendência para perceber um auto envelhecimento negativo (Lehr, 1980). As pessoas que mantêm um contacto social activo na sua comunidade e que mantenham uma variedade de interesses noutras áreas têm uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva e afirmam apresentar um melhor estado psico-físico de saúde em detrimento daqueles que não participam nestas actividades (Unger *et al.*, 1997; Oman *et al.* 1999; Dublin *et al.* 2001; Leinonen *et al.* 2002).

De acordo com Butler (1969), a discriminação contra os idosos encontra-se associada a outras formas de intolerância, como o racismo, o sexismo ou a discriminação contra ou a favor de um grupo de idade. Este tipo de discriminação pode advir, devido à falta de conhecimentos acerca do verdadeiro estatuto das pessoas mais velhas ou uma falta de interacção com estas pessoas (Butler, 2000).

Existe um aumento do reconhecimento de que a imagem negativa para com os idosos alastra devido à comunicação social, à discriminação por parte dos médicos quando não receitam determinados medicamentos baseados apenas na idade da pessoa, quando não incentivam à prática de actividade física, ou mesmo em relação aos prestadores de cuidados, que não conseguem entender as necessidades desta população por falta de conhecimentos (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner & Mockenhaupt, 2003).

Uma investigação em adultos com idade igual ou superior aos 50 anos, revelou que os idosos nos EUA e Canadá já se tinham sentido de alguma forma discriminados (Palmore, 2002;

Smith, 2002,)), sendo que a maioria experienciou face a interações sociais negativas baseados na idade, bem como, a sua interação com alguns cuidadores (Ory, Hoffman, Hawkins, Sanner & Mockenhaupt, 2003). De acordo com Palmore (1999), as pessoas sujeitas a estereótipos negativos podem adoptar as visões negativas e tendem a agir em conformidade, prejudicando a sua auto-imagem, confiança e até questionando as suas capacidades.

Levy (1996), descobriu que aqueles que estão expostos a estereótipos negativos têm uma capacidade de memória mais reduzida, bem como uma diminuição na sua auto-eficácia e até mesmo na sua vontade de viver. Foi revelado que os indivíduos com atitudes mais positivas têm uma melhor saúde a nível funcional e um melhor controlo percebido (Levy, 2002).

Existem alguns preconceitos sobre os idosos e o envelhecimento que serão descritos brevemente.

O **idadismo/ageism**: descrito por Butler como sendo *“todas as formas de discriminação relativamente à idade”*. Esse conceito apresenta-se como estereótipo e preconceito discriminatório em relação à idade, levando a diversas formas inadequadas de comportamento face à pessoa idosa (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A **infantilização**: A ideia que predomina é que a velhice é a segunda infância. É outra maneira de discriminar os idosos, e acontece quando se manifesta um aumento da dependência e perda de autonomia, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social (Catita, 2008).

A **gerontofobia** é explicada pelo medo irracional de tudo o que se relaciona com o processo de envelhecimento e com a velhice. Este comportamento pode conduzir a um bloqueio afectivo das relações das pessoas mais novas em relação às pessoas idosas, levando a resistência face a todo o processo de envelhecimento. Isto traduz-se em comportamentos de apatia e indiferença em relação aos idosos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

O **“ser assexuado”**: outra forma de pensamento erróneo face aos idosos consiste na ideia de que estes, com o passar dos anos, deixam de ter um desempenho sexual satisfatório e que não sentem o mesmo desejo e prazer sexuais que sentiam quando eram mais novos. Esta situação não corresponde à realidade vivida por muitos idosos. Esta situação é responsável pela insuficiente atenção dispensada a uma das actividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade. A sociedade ao ter este preconceito, leva o idoso a não relacionar-se com outros, inibindo qualquer manifestação sexual. O idoso pode apresentar sentimentos de culpa por experimentar desejos sexuais, resultando efeitos negativos na qualidade de vida destes sujeitos (Catita, 2008). De acordo com Simões (1990) *“os idosos interessam-se pela vida sexual e mantêm-se sexualmente activos, embora não o manifestem com grande intensidade, pois interiorizam que causariam atitudes negativas nos mais jovens, ou que não o fazem devido muitas vezes à falta de um parceiro sexual, por exemplo na viuvez”*.

O **“ser inflexível”**: Outra característica associada à velhice e aos idosos, é que estes são inflexíveis, de comportamentos conservadores, mantendo os seus hábitos de vida e

resistentes a qualquer tipo de mudança. As pessoas idosas são vistas como tendo um poder de iniciativa limitado e com muitas dificuldades em aceitar novos desafios. De acordo com Ebersole, as pessoas ganham uma estabilização à medida que vão envelhecendo e os idosos não desaprovam totalmente a mudança. Quando surge alguma situação nova, estes são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas (Berger & Mailloux- Poirier, 1995).

Imagens e envelhecimento

As imagens têm como principal função fazer juízos e oferecer informação que irá mediar a interação com as outras pessoas (Bodenhouse, 1990). Diversos estudos efectuados recentemente indicaram que as imagens relacionadas à velhice e ao envelhecimento são multidimensionais e complexas, abrangendo comportamentos, representações, emoções e crenças que emergiram ao longo da vida. Devido a essa complexidade, dentro das imagens poderemos distinguir as imagens mentais, sociais e culturais. Quando estas imagens se centram no fenómeno do envelhecimento, podem assumir diversas formas de discriminação como o *Idadismo e o Velhismo* (Ribeiro, 2007).

A imagem é uma forma reflexiva de uma entidade, seja um objecto ou uma pessoa, ou pode resultar de um comportamento, estereótipo, representação ou de um mito (Ribeiro, 2007), e pode dividir-se em imagens mentais, sociais e culturais. As imagens mentais fazem referência à representação interiorizada e estruturada de objectos ou acontecimentos, que foram escolhidos pelo sujeito e que em qualquer momento podem ser evocados. Constituem traços permanentes a partir dos quais se torna possível aceder a processos de identificação, antecipação e evocação. Assim, ao imaginar-se um objecto, está-se a produzir uma imagem mental, com todas as características da realidade material (como o som, cor, movimento e temperatura). A imagem pode advir de uma recordação e desta forma, assume um carácter intrínseco na sua formação e construção pessoal de uma realidade percebida (Ribeiro, 2007).

As percepções inserem-se nas imagens mentais e dizem respeito a uma cognição, ou seja, um processo intelectual, como o pensamento, o raciocínio e a memória, que podem levar a reter ou abandonar acções tendo em conta o conhecimento pessoal. Contribuem para a génese de imagens mentais: a conceptualização (pensamento) sobre um estímulo sensorial (percepção), leva ao armazenamento de actos mentais (memória), que se vão traduzir em ideias, sensações, pensamentos ou conhecimentos (Ribeiro, 2007).

As imagens da Escala ImAges

A Escala ImAges reúne um conjunto de imagens do idoso e do envelhecimento. Estas imagens estão agrupadas em três fatores negativos (Dependência, Tristeza e Antiquado, Incompetência Relacional e Cognitiva e Inutilidade) e um fator positivo (Maturidade,

Actividade e Afectividade). Isto demonstra que existem mais conceitos negativos associados ao envelhecimento do que positivos. Estas imagens estão descritas na tabela 2.

Tabela 2. Factores e Itens da Escala ImAges

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

Estudos sobre estereótipos do envelhecimento

No estudo efectuado por Champgne & Frennet (S.D.) os idosos são caracterizados como pessoas que não gostam de interações sociais; temem o futuro; tomam muita medicação; têm raciocínios incoerentes; não se preocupam com a sua aparência; são muito devotos; são sensíveis, inseguros e pobres; não têm nenhum interesse em sexualidade (Castro, 2007); e são vistos como pessoas mal-humoradas e críticas (Kite, Deaux & Miele, 1991). Mas também encontraram no seu estudo conotações positivas associadas ao idoso como os idosos

gostarem de rir; de jogar cartas; conversar e contar recordações e são vistos como membros experientes, sábios e vistos como pessoas generosas, inteligentes (Kite, Deaux & Miele, 1991; Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000; Newmann, Faux & Laurimer, 1997 *cit. in* Lopes & Park, 2007; Castro, 2007).

Também num estudo efectuado por Tan et. al. (2004) efectuado nos Estados Unidos, no Sudeste da Ásia e no Caribe demonstrou que a velhice está associada a alguns traços negativos como triste, inflexível e não atractivo (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007).

Em relação à percepção do envelhecimento em crianças, a maioria descreveu o idoso como estando associado a enfermidades, a um aumento das limitações na realização de actividades físicas, fragilidade e morte (Mazutti & Scortegagna, 2006; Lopes & Park, 2007; Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003). As crianças também associaram o idoso ao cabelo grisalho, a rugas, à perda de audição, peso e à perda das capacidades físicas (Newman, Faux & Lariner, 1997 *cit. in* Lichtenstein, Pruski, Marshall, Blalock, Lee & Plaetke, 2003; Lopes & Park, 2007; Monchietti & Sánchez, 2008). Mas dentro destes estudos encontram-se também imagens positivas associadas à velhice como o envelhecimento estar associado à beleza (Mazutti & Scortegagna, 2006), o idoso ser visto como uma pessoa activa e disposta a empreender em actividades e trabalhos e a imagem de que os idosos não são todos iguais (Lopes & Park, 2007).

Em estudos com jovens adolescentes estes associaram o idoso a um ser frágil e dependente. Mas porém as mulheres idosas são consideradas mais frágeis que os idosos do género masculino. Numa forma geral, os jovens tendem a perceber o idoso de uma forma negativa, como pessoas desamparadas e improdutivas (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007). Em suma, os estudos efectuados em crianças e jovens associam a imagem do idoso à dependência, à solidão e a enfermidades, a perdas biológicas, perda de laço familiares e do ritmo de trabalho (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000; Newmann, Faux & Laurimer, 1997 *cit. in* Lopes & Park, 2007).

Um estudo realizado por Cornelia Hummel (2001 *cit. in* Silva, 2006) concluiu que os jovens adultos definem o envelhecimento como um processo de ganhos e perdas, destacando as perdas, mas também associando aos idosos alguns ganhos como a sabedoria, a serenidade, o tempo para viver a vida.

Um estudo realizado na Nigéria por Okoye (2004) teve como âmago determinar o que os jovens nigerianos pensam acerca dos idosos, num país onde a expectativa de vida irá chegar aos 65 anos em 2025, demonstrou que apesar de eles terem pouca experiência de vida com idosos, eles já desenvolveram fortes estereótipos negativos em relação a eles (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007). Um estudo efectuado por Head et. al. (2004) em Espanha entre 2002 e 2003 demonstrou de que forma as imagens generalizadas acerca da velhice estão longe de representar o que os mesmos anciões pensam e sentem sobre isso e a forma em que eles próprios se representam a transitar para essa fase (Cathalifaud, Thumala, Urquiza & Ojeda, 2007).

Ao nível dos estudos nacionais, Simões (1985) obteve como resultados no seu estudo percepções de idoso como este ter uma grande experiência de vida; incapacidade para ter uma actividade profissional; a velhice é denominada de “Inverno da vida”; tem um grande interesse pelo passado; esgotam-se facilmente; são caracterizados de prudentes e cautelosos. Não é referido como doente, mas sim como pouco saudável e quanto à memória, a falta desta pode ser detectada em certas situações.

Em investigações efectuadas em profissionais de saúde estes retratam o idoso como triste, doente, senil, debilitado, frágil, dependente, parados, cansados e sem ocupação mas associam também a alguns ganhos como a sabedoria, a experiência e o conhecimento (Catita, 2008). O idoso também é associado ao abandono, à segunda infância; como alguém que necessita de muita atenção e carinho, e é caracterizado como rabugento e teimoso e como tendo muitas limitações físicas e cognitivas (Castro, 2006). Profissionais de saúde associaram o idoso a imagens de maturidade, afectividade e incompetência (Ribeiro, 2007).

Num estudo efectuado por Marques, Lima & Novo (2006), onde procuraram analisar os atributos estereotípicos de pessoas jovens e idosas. Neste estudo, os jovens eram caracterizados pelos idosos como pessoas que cuidam da sua aparência, saudáveis, bonitos, activos, aventureiros, divertidos, sociáveis, criativos e instruídos. Como características com conotações mais negativas, eram considerados pelos idosos precipitados e irresponsáveis. Agora os idosos eram caracterizados pelos jovens como incapacitados ao nível físico e cognitivo, reformados, rabugentos, esquecidos, doentes, dependentes, sós, lentos e desorientados e como características positivas foram retratados como pessoas sábias e experientes (Lopes, 2010).

Anexo 2

(Questionário sócio-demográfico e Escala ImAges)

Este trabalho tem como objectivo conhecer as opiniões sobre o envelhecimento da população idosa. Solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Não existem respostas certas ou erradas, queremos apenas conhecer a sua opinião. As respostas são anónimas e confidenciais.

Questionário Sócio-Demográfico

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Zona de residência:** Meio rural Meio urbano

4. Quantos anos trabalhou/trabalha na área do cuidado de idosos? _____ Anos

5. **Escolaridade:**

1º-4º ano

5º- 9º ano

10º-12º ano

Licenciatura

Mestrado

6. **Formação específica:**

Teve alguma formação em geriatria/gerontologia? Sim ___ Não ___

Se sim, que tipo de formação? _____

Escala ImAges

Por favor, responda às seguintes questões utilizando a grelha seguinte. Coloque um X no número que corresponda à sua opinião pessoal. Obrigada.

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

		1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu físico.					
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família, entre outros).					
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada.					
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da					

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

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3
(Ofício enviado às Instituições)

Exmo. Senhor

Sou aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade da Beira Interior, e estou a realizar Dissertação de Mestrado sobre as Representações Sociais do Envelhecimento em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. O objectivo deste estudo é identificar as ideias que os cuidadores formais têm acerca da velhice. Neste sentido, venho solicitar a vossa autorização para poder aplicar o questionário “Escala ImAges: Imagens sobre a velhice” aos colaboradores (enfermeiros, auxiliares, entre outros) da sua instituição, em data e hora a acordar de acordo com a disponibilidade da instituição.

A investigação é desenvolvida sob a orientação da Professora Rosa Marina Afonso, do departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, que se encontra disponível para qualquer esclarecimento sobre a investigação.