



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Imagens da Velhice e do Envelhecimento
em Estudantes Universitários de São Vicente – Cabo Verde

Sheila Soraya Nascimento Gomes

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia na
Área Clínica e da Saúde

(2º Ciclo de Estudos)

Orientadora: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, Junho 2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação
da Professora Doutora Rosa Marina Afonso apresentado
à Universidade da Beira Interior para obtenção do grau de
Mestre, em Psicologia, registado na DGES sob o nºM3663

*Os sonhos trazem saúde para a
emoção equipam o frágil para ser o
autor da sua história renovam a s
forças do ansioso e animam os
deprimidos.*

Augusto Cury

Dedico este trabalho à minha família,
meus filhos e meu marido.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente aos meus filhos Astrid, Rodrigo e Dylan e ao meu marido Aristides, pelo amor, força, disponibilidade, suporte emocional e apoio incondicional em todas as etapas da minha vida, percebendo os momentos de extrema ausência, mesmo estando presente. Obrigada por acreditarem sempre em mim e por me encorajarem a atingir os meus objectivos. Sem vocês, jamais teria conseguido.

À minha orientadora, Professora Doutora Rosa Marina Afonso pela disponibilidade apresentada, pela partilha fornecida, pela paciência e por todo o apoio. Um obrigado muito especial professora.

À minha colega e amiga, Arminda dos Reis, pelo seu apoio incondicional, partilha e disponibilidade, és uma pessoa muito especial para mim, obrigado por tudo.

À minha sobrinha Rayssa, um obrigado muito especial pelo carinho e amizade.

Aos meus pais, minha irmã Jessica, minha madrinha Dianela, minha comadre Ana Sousa, meus cunhados Emanuel e Elizabete, agradeço pelo incentivo, carinho e apoio.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, Toy e Gil, obrigado pelas palavras de incentivo e pelo apoio de sempre.

Um obrigado ao meu grande amigo Nilton, Anselmo, Doralice, Filipe Mandl, Emanuel, David Ramos, Jorge Ramos, Hercules Fernandes, Maria do Carmo Monteiro, Lia Medina, Manuela Leite, Nilza Gonçalves, Margarete (secretaria da Uni. Lusófona), Eng.º João Dias, Patrícia, Arlinda, meus colegas de mestrado.

Gostaria de agradecer a todos os meus professores, à Universidade do Mindelo e Universidade da Beira Interior, pela grande oportunidade.

À todos os estudantes universitários que participaram neste estudo, muito obrigado pela vossa disponibilidade e colaboração, muito importante para a realização deste trabalho.

Às Universidades Uni Mindelo, Piaget, Lusófona e ISCEE, agradeço por terem disponibilizado apoio e autorização para aplicação dos instrumentos necessários.

Resumo

A imagem é uma representação complexa e multidimensional dos fenómenos e acontecimentos. As imagens da velhice e do envelhecimento, apresentam diferentes configurações com diferentes valências afectivas. Diferentes investigações indicam que as imagens que prevalecem sobre as pessoas idosas e sobre o envelhecimento são maioritariamente negativas, associadas a factores negativos como doença, solidão e/ou dependência. Este estudo analisou Imagens da velhice e do envelhecimento em jovens universitários de São Vicente – Cabo Verde. Participaram neste estudo 200 estudantes da Uni Mindelo, Lusófona, Piaget e ISCEE, de 10 cursos diferentes, com idades compreendidas entre os 18 e 30anos (M= 22,87; DP= 2,78). Foi utilizado um questionário sócio-demográfico e a Escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). A análise das propriedades da escala ImAges, indicou os seguintes factores: “*Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade*”; “*Défice, Dependência e personalidade Difícil*”; “*Inactividade, Dores, Viver do Passado e Infantilização*”, e “*Maturidade, Actividade e Afectividade*”. Os resultados sugerem a existência de diferenças nas imagens da velhice e do envelhecimento, ao nível de alguns factores, entre os estudantes de diferentes cursos, diferentes anos e entre alunos com e sem conteúdos formativos e estágios com pessoas idosas no âmbito da sua formação académica. Sendo a intervenção com pessoas idosas um possível tema emergente em Cabo Verde, em estudo apela a investigações mais aprofundadas sobre as imagens da velhice em Cabo Verde. Este estudo alerta, ainda, para a reflexão sobre a importância dos conteúdos formativos sobre envelhecimento no ensino superior.

Palavras – Chave: Imagens, Estereótipos, Jovens universitários, Idosos, Envelhecimento

Abstract:

The image is a complex and multidimensional representation of phenomena and events. Images of old age and aging have different configurations with different emotional valences. Different investigations indicate that images which take precedence over the elderly and the aging are mostly negative, associated with negative factors such as illness, loneliness and/or dependence.

This study analyzed images of old age and aging in university students of S.Vicente - Cape Verde. Participated in this study 200 students from the Uni-Mindelo, Lusófono, Piaget and ISCEE of 10 different courses, aged between 18 and 30 years old ($M = 22.87$, $SD = 2.78$). It was used a socio-demographic questionnaire and ImAges scale (Sousa Cerqueira & Galante, 2002). The analysis of the properties of the ImAge scale indicated the following factors: "Grief, Disease, Poverty and Emptiness"; "Deficit, Dependency and Hard personality"; "Inactivity, Pain, Living the Past and Infantilization" and "Maturity, Activity and Affectivity." The results suggest the existence of differences in images of old age and aging, the level of some factors among students of different courses, different years and between students with and without training content and traineeships with older people within their academic training. Being the intervention with older people a possible emerging theme in Cape Verde, this study calls for further research on the images of old age in Cape Verde. This study also points to the reflection on the importance of training content on aging in higher education.

Key-Words: images, Stereotypes, university Youth, Elderly Aging

Índice

Introdução.....	14
CAPITULO I.....	17
1. Envelhecimento da população em Cabo Verde	17
1.1 Caracterização sociodemográfica da População Idosa de Cabo Verde	18
Repartição da população idosa por sexo e grupo etário.....	18
1.1.2 -Evolução da População Idosa em Cabo Verde (1990-2000-2010).....	19
Aumento da Esperança média de vida em Cabo Verde	19
1.2. Contexto Político e Legal de Cabo Verde em relação as pessoas Idosas	20
1.3.1. Estado Civil das pessoas idosas de Cabo Verde.....	22
1.3.2. Alfabetização.....	23
1.3.3. A Saúde dos Idosos.....	23
1.4 - Contexto Sociocultural e Visão do envelhecimento Económico em Cabo Verde	24
Análise do indicador de dependência económica.....	24
1.4. 1 Definição dos limites etários da velhice.....	25
CAPITULO II.....	26
2.6. Envelhecimento Activo.....	41
CAPITULO III	47
3. Imagens e Estereótipos em relação às Pessoas Idosas.....	47
3.1. Imagens e estereótipos: conceitos e contextualização teórica	47
3.2. Modelos Teóricos Explicativos na Formação dos Estereótipos.....	48
3.2.1. A teoria da Identidade Social e a Teoria da Auto - Categorização	48
Teoria da Identidade Social.....	48
A Teoria da Auto-Categorização	51
3.2.2. A teoria das Representações Sociais	52
A teoria da Cognição Social	56

Estereótipos e processos cognitivos	58
3.4 Estudos sobre Imagens e estereótipos em relação aos idosos e envelhecimento ..	61
Apresentação do Estudo	65
Objectivos da Investigação	66
Tipo de estudo	66
Método	67
Participantes	67
Instrumentos	69
Questionário sociodemográfico	69
Escala Images	69
Procedimentos	75
Análise estatística	76
Resultados	77
Discussão dos Resultados e conclusões	95
Referências Bibliográficas	102
Anexos	105

Índice de Figuras

Figura 1: Género dos participantes no estudo (n=200)	67
Figura 2: Local de proveniência dos estudantes e residência com pessoas idosas	68

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resumo da Legislação relativa a política de envelhecimento em Cabo Verde, (a partir de Reis 2011, citando INE, 2000).	22
Tabela 2: Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (adaptação. a partir de Figueiredo, 2007 e Spar & La Rue, 2005)	37
A Tabela 3 Apresenta importantes conceitos relacionados com Envelhecimento activo (WHO, 2002).	43
Tabela 4. Utilidades Conferidas às Representações Sociais ou Utilidades das Representações Sociais (in Lopes, 2010)	55
Tabela 5. Mediana, mínimo, máximo e medidas de assimetria (sk) e curtose (Ku).....	71
Tabela 6. Itens dos factores da Escala Imagens no âmbito desta investigação realizada em Cabo Verde	73
Tabela 7. Comparação de resultados encontrados em estudos realizados em Cabo Verde 2014 (N= 200) e Portugal 2012 (N= 420)	74
Tabela 8 Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento em estudantes do género masculino e feminino (N= 200)	78
Tabela 9. Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento em estudantes de diferentes cursos (N= 200)	81
Tabela 10. Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento entre estudantes de diferentes anos (N=200)	84
Tabela 11.Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento entre estudantes de zonas rurais e urbanas (N=200)	86
Tabela 12:Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes que residem e que não residem com pessoas idosas (n=200)	88
Tabela 13.Resultados para a comparação das imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre estudantes que tiveram e que não tiveram conteúdos sobre envelhecimento no ensino superior (N=200).	90
Tabela 14.Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes que realizaram e que não realizaram estágio com pessoas idosas (N=200).	92
Tabela 15.Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre os estudantes que participaram e que não participaram em actividades de voluntariado com pessoas idosas (N=200).	94

Índice de Anexos

Anexo 1 - Autorizações	106
Anexo 1.1. Universidade Lusófona	106
Anexo 1.2. Universidade Piaget	107
Anexo 1.3. ISCCE	108
Anexo 1.4. Universidade do Mindelo	109
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
Anexo 3 - Instrumentos	113
Anexo 3. 1. Questionário Sócio demográfico	113
Anexo 3. 2. Escala ImAges	116

Introdução

A sociedade actual, caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa. Esta é uma vitória incontestável das sociedades ditas desenvolvidas (INE, 2000).

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população tem constituído um fenómeno de grande interesse a nível mundial e tem suscitado inúmeros desafios relacionados com as características dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento. Ao nível da saúde, por exemplo, é essencial para o idoso ter um envelhecimento normal, isto é, as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais (WHO, 2001).

A sociedade actual, caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa. Esta é uma vitória incontestável das sociedades ditas desenvolvidas (INE, 2000).

O envelhecimento aparece ligado a um processo marcado por transformações a nível biológico, psicológico e social, que podem revelar ao nível do comportamento do idoso, no tipo de actividades que mantém, bem como nas interacções sociais. Também ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, variando de indivíduo para indivíduo, pois, sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Entretanto, para além das perdas e limitações que podem suceder com o envelhecimento, este é também observado como uma fase de maior amadurecimento e experiência de vida. No entanto, é com o envelhecimento patológico que aspectos negativos tendem a aparecer, como a incapacidade, a dependência, a imaturidade e a tristeza. Face ao processo de envelhecimento que se verifica actualmente, a imagem de idoso e de velhice, nas

sociedades modernas, é marcado pelo declínio físico e pela inexistência de papéis sociais, onde não é dado o devido apreço ao idoso, e onde por vezes se recusa o próprio processo de envelhecimento. Assim, sobressai uma visão negativa do idoso e de envelhecimento, onde lhe são atribuídas imagens e estereótipos negativos.

No caso do envelhecimento, os estereótipos e imagens baseados em crenças de que o próprio declínio biológico causa limitações do ponto de vista comportamental, têm a finalidade de discriminar, e por vezes colocar de parte a população idosa (Paulino, 2007, in Vicente 2012).

Neste trabalho, a noção de imagens e estereótipos, assume um papel preponderante, pois reflectem as atitudes, os preconceitos e as representações, empregadas para catalogar e caracterizar determinados grupos sociais, nomeadamente o idoso e o envelhecimento. Neste sentido, procura-se no presente estudo, aprofundar o conhecimento das imagens e dos estereótipos em alunos universitários, identificando desta forma conjuntamente as imagens e estereótipos que estes detêm. A realização deste estudo, aborda principalmente os jovens universitários e as imagens e os estereótipos que têm perante os idosos em São Vicente – Cabo Verde.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes. A primeira parte, de carácter teórico, está dividida em três capítulos, em que, no primeiro capítulo se procura mostrar o envelhecimento da população em Cabo Verde, no segundo capítulo, é apresentado a Psicologia do Envelhecimento e no terceiro capítulo, as Imagens e os Estereótipos em relação às Pessoas Idosas. Na segunda parte desta investigação, procede-se à descrição do estudo empírico realizado, que diz respeito à sua apresentação, definição de objectivos, descrição da metodologia utilizada e da amostra, análise dos resultados obtidos, a sua discussão e por fim as conclusões gerais do estudo.

PARTE I.

PARTE TEÓRICA

CAPITULO I

1. Envelhecimento da população em Cabo Verde

A sociedade actual, caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, transversal nas sociedades ditas desenvolvidas, em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade. Os progressos proporcionados pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram de forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se associa um crescimento da população idosa. Esta é uma vitória incontestável das sociedades ditas desenvolvidas (INE, 2000).

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população tem constituído um fenómeno de grande interesse a nível mundial e tem suscitado inúmeros desafios relacionados com as características dos indivíduos nesta fase de desenvolvimento. Ao nível da saúde, por exemplo, é essencial para o idoso ter um envelhecimento normal, isto é, as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais (WHO, 2001).

O fenómeno social do envelhecimento obriga a uma reflexão sobre questões como, a idade de reforma, os meios de subsistência na velhice, o sistema de saúde, a qualidade de vida dos idosos e o financiamento das pensões. Neste âmbito, 1999 foi proclamado pela Assembleia Geral das Nações Unidas o ano internacional das pessoas idosas, tendo sido adoptado o lema “uma sociedade para todas as idades”. Tal facto seguiu a linha da cimeira mundial de desenvolvimento social realizada em Copenhaga, em 1995, cujo tema foi “uma sociedade para todos”; visando alterar o estatuto social dos cidadãos mais velhos e apelando para uma participação mais activa na vida familiar e comunitária (Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, INE, 2000).

No âmbito desta pesquisa, não foi encontrado em Cabo Verde nenhum estudo aprofundado sobre a condição sócio económica e cultural da população idosa. Contudo, diversa legislação tem sido publicada visando a criação de novas medidas e iniciativas relativas à promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, tal como a instituição de uma pensão social por velhice aos indivíduos de idade superior a 60 anos que tenham prestado pelo menos 10 anos de serviço nas frentes de alta intensidade de mão-de-obra (FAIMO), (decreto-lei nº 122/92 de 16 de Novembro de 1992). Com o objectivo de

responder às necessidades das pessoas idosas têm vindo a ser, gradualmente, implementadas medidas de acção estruturantes, respeitando os princípios de solidariedade, apoio à família e inserção social.

A Partir da análise dos censos 2000 é possível aprofundar as questões relacionadas com as características demográficas, socioculturais e económicas dos idosos. Permite igualmente, ao governo e aos parceiros de desenvolvimento, melhor definir as estratégias de desenvolvimento, visando a resolução dos problemas inerentes a este grupo etário (INE, 2000).

Entre 2000 e 2010, a população cresceu de 434.625 habitantes para 491.575 habitantes. Este corresponde a um ritmo de crescimento médio anual de 1,23%. Em comparação com a década 1990-2000, em que se verificou um ritmo de 2,4%, houve uma diminuição importante do ritmo de crescimento da população, de quase metade

(Relatório de apresentação dos dados Preliminares do Censo 2010).

1.1 Caracterização sócio-demográfica da População Idosa de Cabo Verde

Repartição da população idosa por sexo e grupo etário

O recenseamento da população e habitação realizada em 2000 pelo Instituto Nacional da Estatística (INE) revelou que a população residente no país era de 431.989 pessoas. A faixa etária dos 60 anos e mais, que foi objecto desta análise, denominada, “*população idosa*” representa um efectivo de 37.116 idosos (8,6% do total da população residente). As mulheres idosas com um efectivo de 21.851 representam cerca de 10% da população feminina residente no país enquanto os homens idosos com um efectivo de 15.265 representam apenas 7%, ou seja do total de mulheres residentes, 10 em cada 100 pertencem à faixa etária dos 60 anos e mais e para os homens apenas 7 em cada 100 pertencem à mesma faixa etária. A proporção de idosos da terceira idade (60 a 79 anos), na população total é de longe superior à da quarta idade (80 anos e mais) (INE, 2000).

A análise da informação por sexo evidencia que as mulheres idosas predominam tanto na faixa etária dos 60 a 79 como na de 80 e mais com respectivamente 8% e 1,8% contra 6,1% e 1,2% anos. Ou seja, do total de mulheres residentes 8 em cada 100 pertencem à faixa etária dos 60 a 79 anos e 2 em cada 100 pertencem à faixa dos 80 anos e mais e nos homens 6 em cada 100 pertencem à faixa dos 60 a 79 anos e apenas 1

em cada 100 pertencem à faixa etária dos 80 anos e mais (INE, 2000), ou seja, constata-se que as mulheres predominam na população idosa representando 59% do total de idosos. É no grupo etário, 60- 64 anos, que existe maior percentagem de mulheres (61% contra 39% de homens). À medida que se avança na idade a proporção de mulheres idosas é maior à dos homens devido principalmente ao fenómeno da mortalidade atingir mais homens do que mulheres (INE, 2000).

De salientar que a esperança de vida em Cabo Verde, situa-se nos 72 anos (INE, 2000). A idade mediana dos idosos ronda os 68,8%, atingindo os 69 anos nos homens e 68,6 ano nas mulheres. Verifica-se igualmente que para ambos os sexos a percentagem de idosos é superior na faixa etária dos 60 a 79 anos; Nos homens a percentagem de idosos da terceira idade (83,2%) encontra-se ligeiramente acima da média nacional, enquanto a percentagem de mulheres encontra-se acima da média nacional na quarta idade (18%) (INE, 2000).

1.1.2 -Evolução da População Idosa em Cabo Verde (1990-2000-2010)

Aumento da Esperança média de vida em Cabo Verde

De salientar que a esperança de vida em Cabo Verde, situa-se nos 72 anos (INE, 2000). A idade mediana dos idosos ronda os 68,8%, atingindo os 69 anos nos homens e 68,6 ano nas mulheres. Verifica-se igualmente que para ambos os sexos a percentagem de idosos é superior na faixa etária dos 60 a 79 anos; Nos homens a percentagem de idosos da terceira idade (83,2%) encontra-se ligeiramente acima da média nacional, enquanto a percentagem de mulheres encontra-se acima da média nacional na quarta idade (18%) (INE, 2000).

A taxa média de crescimento da população idosa (ou taxa de variação do efectivo e taxa de crescimento médio anual) de 1990-2000 situa-se nos 2,6%. Em termos absolutos a população aumentou consideravelmente tendo passado de 28.658 em 1990 para 37.116 em 2000 o que representa uma taxa de variação do efectivo de idosos de 29,5% aproximadamente. Contudo, em termos relativos a proporção de idosos vem evoluindo muito lentamente ao longo da última década, 8,4% em 1990 e 8,6% em 2000 (INE, 2000).

Na sequência do Recenseamento Geral da População e Habitação, realizado de 16 a 30 de Junho de 2010, a população geral de Cabo Verde eleva-se a 491.575 habitantes. A quase totalidade da população recenseada era residente presente no momento censitário (96,5%). No que diz respeito aos efectivos por género, os resultados mostram que não existe grande diferença entre os homens e as mulheres, com cerca de 50% para ambos os sexos. Por outro lado, nota-se grandes disparidades entre os dois meios de residência, com cerca de 62% da população vivendo no meio urbano contra cerca de 38% no meio rural. Os resultados mostram que a população cabo-verdiana é jovem. A idade média é de 26,8 anos e 50% da população tem menos de 22 anos. No entanto, a análise por grupo etário mostra que cerca de 1/3 (31,7%) da população cabo-verdiana tem menos de 15 anos de idade, 61,9%, entre 15 e 65 anos, enquanto 6,4%, 65 anos e mais (INE, 2010).

Relativamente índice de envelhecimento e índice de longevidade em Cabo Verde análise da sua evolução (1990-2000) indica que a percentagem de idosos aumentou ligeiramente no período em referência. Em 1990 por cada 100 indivíduos de 0 aos 14 anos existiam 13 idosos; em 2000 passaram a existir 15 idosos por cada 100 indivíduos de 0 aos 14 (INE, 2000).

1.2. Contexto Político e Legal de Cabo Verde em relação as pessoas Idosas

A Declaração Nacional de Política da População, apresentada pelo Governo em 1995, adoptou um conjunto de recomendações, com o objectivo de realizar uma política para a terceira idade, em Cabo Verde, sendo de destacar: 1. “ A promoção da integração dos idosos no processo de desenvolvimento, em particular no campo da educação, informação, apoio e acompanhamento familiar”; e 2. “Definição e implementação de uma política de protecção e previdência social direccionada para a terceira idade”.

Ainda com o objectivo de proteger a população idosa foi aditado, em 1999, à constituição da república, o artigo 72A que concede aos idosos, alguns direitos, nomeadamente:

- (1) “O direito à especial protecção da família, da sociedade e dos poderes públicos”;
- (2) “Promover as condições económicas, sociais e culturais que facilitem aos idosos a participação condigna na vida familiar e social”;

(3) “Sensibilizar a sociedade e a família quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os idosos, fomentando e apoiando as respectivas organizações de solidariedade, garantir aos idosos a prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitectónicas e outras, no acesso a instalações públicas e a equipamentos sociais”; (INE, 2000).

Os sistemas de aposentação vigentes no país (ordinária ou extraordinária, voluntária ou obrigatória) abrangem os indivíduos que tenham completado 60 anos de idade e 34 de serviço ou que tenham atingido o limite de idade mesmo sem ter completado os 34 anos de serviço. O governo, no âmbito da sua política de combate à pobreza, assegura a protecção social à camada da população identificada como vulnerável de que a população idosa carente faz parte. Neste contexto, o governo instituiu a “ Protecção social mínima “ através do decreto-lei nº2/95 de 23 de Janeiro que se destina a beneficiar a generalidade dos vulneráveis, assegurando-lhes prestações adequadas em termos de ajuda alimentar, no quadro da vigência do Programa Alimentar Mundial (PAM), assistência médica e medicamentosa nos estabelecimentos de saúde públicos e a concessão de uma pensão social mensal. Segundo o artigo 6 do mesmo decreto-lei, tem direito à pensão o cidadão cabo-verdiano que apresenta um quadro social, individual ou familiar, particularmente vulnerável e que tenha mais de 65 anos de idade. Os trabalhadores por conta de outrem, cobertos pelo regime de segurança social, ao atingirem a idade de aposentação, que é de 60 anos para as mulheres e de 65 anos para os homens, passam a usufruir de uma pensão de velhice e de assistência médica e medicamentosa; (Decreto nº120/82 capítulo V secção II artigos 82 a 92 de 24 de Dezembro) (INE, 2000).

É igualmente concedida aos segurados a possibilidade de inscreverem os seus ascendentes como beneficiários, quando aqueles não possuem nenhum tipo de rendimento. Dessa forma, alguns idosos com familiares segurados podem ter uma assistência medicamentosa e um abono em numerário. Ainda no quadro dos objectivos de justiça social e das preocupações da segurança social para a terceira idade contidos no programa do governo, instituiu-se uma pensão social por velhice aos indivíduos de idade superior a 60 anos que tenham prestado pelo menos 10 anos de serviço nas Frentes de Alta Intensidade de Mão-de-Obra (FAIMO), (decreto-lei nº 122/92 de 16 de Novembro de 1992). Em Cabo verde algumas organizações não governamentais, nomeadamente, a Cruz Vermelha, Caritas e outras instituições desempenham um papel

importante na minimização dos problemas que afectam essa faixa etária. Os idosos contemplados por estas instituições embora em número ainda pouco significativo, dispõem de uma refeição diária, assistência médica e medicamentosa entre outros benefícios (INE, 2000).

Tabela 1. Resumo da Legislação relativa a política de envelhecimento em Cabo Verde, (a partir de Reis 2011, citando INE, 2000).

Diplomas	Resumo
Decreto-lei nº120/82 capítulo V secção II artigos 82 a 92 de 24 de Dezembro.	Institui a Pensão de velhice e de assistência médica e medicamentosa aos trabalhadores.
Decreto-lei nº122/92 de 16 de Novembro de 1992	Institui uma pensão social por velhice aos trabalhadores das <i>Frentes de Alta Intensidade de Mão - de - Obra</i> (FAIMO).
Decreto-lei nº2/95 de 23 de Janeiro	Institui a Protecção social mínima que se destina a beneficiar os vulneráveis.
Artigo 72a da Constituição da República de Cabo Verde 1999	Reconhece o direito dos idosos à especial protecção da família, da sociedade e dos poderes públicos.

1.3.1. Estado Civil das pessoas idosas de Cabo Verde

Verifica-se que os idosos vivem, maioritariamente, em união (casados ou em união de facto) e que o casamento é a forma privilegiada de vivência conjugal, já que 44% das pessoas com 60 ou mais anos de idade são casadas (união de facto 13%). O fenómeno da viuvez no seio dos idosos é relativamente elevado (21%, se comparada com a proporção de pessoas da faixa etária 12-59 anos que se encontram na mesma situação, 1%). Constata-se uma maior incidência de viuvez no sexo feminino, ou seja existem mais viúvas do que viúvos. Cerca de 30% das mulheres são viúvas e apenas 8% dos homens encontram-se nesta situação, com maior incidência para a quarta idade onde

metade (48%) das mulheres é viúva. Tal facto deve-se ao fenómeno da mortalidade atingir mais homens idosos do que mulheres idosas. Analisando a informação por sexo observou-se que os homens, contrariamente às mulheres, vivem maioritariamente com o cônjuge (casado e união de facto) 78,2%, enquanto apenas 41.7% das mulheres adoptam aquela forma de vivência familiar. O celibato definitivo é um fenómeno que atinge sobretudo as mulheres (22% contra 9% nos homens) (INE, 2000).

1.3.2. Alfabetização

As pessoas que no censo 2000 tinham 60 ou mais anos, nasceram e viveram a sua juventude ainda no período colonial. Nessa altura as infra-estruturas escolares eram em número muito limitado e situavam-se em localidades, que na maioria dos casos, ficavam muito distantes de certos povoados. Tal facto poderá ter condicionado o acesso ao ensino, a um número significativo de crianças, tendo em conta a escassez de meios de transporte e a falta de recursos de muitas famílias cabo-verdianas. A percentagem de analfabetos na faixa etária em análise, ronda os 71% (enquanto que a taxa de analfabetismo no País é de 25%), significando que, de cada 100 indivíduos residentes com 60 anos ou mais 71 não sabem ler nem escrever; na quarta idade, esta proporção é ainda superior (73%). O sexo feminino é o mais atingido; 83 mulheres idosas em cada 100 não sabem ler nem escrever, enquanto nos homens 53 em cada 100 encontram-se nesta situação (57 na quarta idade. Não existe diferença significativa entre a percentagem de mulheres analfabetas da terceira idade (83%) e a das da quarta idade (84%). (INE, 2000).

1.3.3. A Saúde dos Idosos

À medida que se avança na idade aumenta a proporção de pessoas com patologia, sendo, por isso, na terceira idade, a proporção de deficientes um pouco abaixo da média nacional (11%) enquanto na quarta idade essa proporção atinge os 20%. O sexo masculino é o mais atingido, com uma proporção de patologias que ronda os 14% (contra os 12% sexo feminino); a proporção de deficientes na terceira idade do sexo masculino também é superior à do sexo feminino para a mesma faixa etária (13% homens contra 11% nas mulheres). Globalmente, o tipo de deficiência que predomina é a motora que atinge (7%) dos idosos, seguida da deficiência do tipo “outra” (5%). No entanto, na quarta idade o tipo de deficiência que passa a dominar é a “outra” (10%) (tanto nas mulheres (9%) como nos homens (10%) (INE, 2000).

1.4 - Contexto Sociocultural e Visão do envelhecimento Económico em Cabo Verde

A compreensão dos fenómenos inerentes ao envelhecimento da população passa pelo conhecimento aprofundado dos valores, comportamentos e atitudes que caracterizam a sociedade e a cultura do cabo-verdiano. Os idosos ocupam um lugar privilegiado na sociedade cabo-verdiana; são respeitados pelo facto de serem detentores de valores culturais tradicionais e de constituírem a camada da população com grande experiência e maior vivência; desempenham um papel importante na educação dos netos e na execução de algumas tarefas domésticas (INE, 2000, in Reis, 2011). O princípio da solidariedade que caracteriza a sociedade tradicional cabo-verdiana pode observar-se no facto de 45% dos idosos viverem a cargo de familiares, residentes em Cabo-Verde (35%) ou no estrangeiro (11%). Pode-se, também, constatar que, cerca de 1/4 dos idosos ainda vive da força do seu trabalho e que, pouco mais de 1/5 vive de uma pensão; nesta última estão incluídos os idosos com pensão do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), da Administração Pública, das FAIMO, Pensão Social Mínima, etc. Cerca de 65% dos idosos que vivem do trabalho são analfabetos e para os que vivem de pensão a proporção de analfabetos atinge os 59%; pode-se pois deduzir que boa parte dos que se encontram nessas condições, auferem montantes tão irrisórios que mal dão para as necessidades básicas (INE, 2000).

Baseado no princípio da solidariedade que caracteriza a sociedade tradicional cabo-verdiana a maioria dos idosos vive no seio da chamada família ordinária sob a protecção dos filhos ou de outros familiares que lhes dão todo o tipo de assistência (INE, 2000).

Análise do indicador de dependência económica

De acordo com o conceito do indicador de dependência económica, tem-se que, a nível nacional, por cada 100 pessoas em idade potencialmente activa, existem 12 idosos potencialmente inactivos. Nos homens este indicador é ligeiramente mais baixo, tendo em conta a idade da reforma ditada pela legislação laboral (10,9%) enquanto nas mulheres atinge os 13,4% (INE, 2000).

A análise, por concelho, deste indicador, mostra que o mesmo atinge o nível mais elevado em São Nicolau (23,2%), que é onde existe um número maior de idosos potencialmente inactivos por cada 100 pessoas com idade entre os 15 e os 64 anos; seguem-se-lhe os concelhos de Ribeira Grande (19,6%) e Boa Vista (17,2%). O

indicador atinge os níveis mais baixos no Sal (6,8%) e na Praia (7,2%). Verifica-se ainda que, com excepção dos concelhos de Tarrafal e S. Miguel, este indicador é sempre superior nas mulheres. Nos concelhos onde este indicador atingiu os patamares mais elevados, foi sobretudo devido a existência de um número relativamente alto de mulheres idosas potencialmente inactivas (INE, 2000).

1.4.1 Definição dos limites etários da velhice

No que concerne aos limites de idade dos grandes grupos etários que compõem a população idosa, não existe um consenso quanto. Constatam-se que nem todos os organismos internacionais adoptam os mesmos limites, os quais estão ligados ao sistema de ensino, entrada e saída da vida activa, sistema de reforma em vigor no País. A *Organização das Nações Unidas (ONU)*, considera população idosa, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, contudo no cálculo dos indicadores de dependência considera-se idoso, a população com 65 e mais anos. O *Concelho Europeu* considera população idosa os indivíduos com 65 anos e mais. A mesma definição é utilizada pela OCDE. O *Eurostat*, órgão estatístico comunitário, adoptou nos indicadores de dependência e envelhecimento, as duas definições de população idosa, com vista a facilitar as comparações internacionais [Instituto Nacional de Estatística (INE), População Idosa – RGPH 2000 de Cabo Verde.

CAPITULO II

2- Psicologia do Envelhecimento

Envelhecimento é um processo complexo, influenciado pelo resultado contínuo de transformações que vão ocorrendo ao longo dos tempos (Schneider & Irigaray, 2008) e embora o conceito de idoso carregue consigo um sentido pejorativo, é realmente o que acontece quando se atingem várias etapas que foram sendo ultrapassadas no trajecto de vida. Segundo Guimarães (2007) cit in Vicente 2012, é essencial entender todo o percurso e todos os aspectos da condição humana e, da mesma forma Beauvoir (1990) cit in Guimarães, 2007, in Vicente, 2012, refere que devemos parar de nos enganar a nós próprios, conhecendo-nos como somos e reconhecendo-nos nos idosos, não ignorando deste modo quem seremos futuramente. Ainda a mesma autora Beauvoir, no seu livro *A Velhice*, refere que estamos longe de alcançar uma sociedade unida e consciente, que conceba condições culturais onde os jovens obtenham meios para conseguir entender as políticas que são criadas para a velhice e ainda que esta seja entendida como mais uma etapa da vida e não um passo para a morte. É com todos estes envolventes que a própria autora menciona que a atenção e o trato concedido à velhice “denunciam o fracasso de toda a nossa civilização” (Beauvoir, 1970 cit in Guimarães, 2007) in Vicente, 2012.

Para (Sequeira, 2010) o envelhecimento, não se circunscreve apenas ao idoso, ocorre ao longo da vida. Trata-se de uma etapa da vida que se faz notar, com maior eloquência, sobressaindo a importância do planeamento de vida, como forma de promover o envelhecimento bem-sucedido, sendo o critério para o sucesso proveniente principalmente da autonomia física, psicológica e social dos idosos (Sequeira, 2010). O envelhecimento bem-sucedido/activo referido atrás, é determinante para os conceitos centrais da Gerontologia. Sendo assim, o bem-estar e a qualidade de vida destes idosos, são importantes indicadores de uma adaptação de sucesso (Sequeira, 2010).

O envelhecimento pode ser analisado e perspectivado numa linha biológica, psicológica, sociológica e cronológica (Sequeira, 2010). O envelhecimento, como uma fase de vida, não é um caso isolado, é um processo biológico inevitável, que também implica modificações somáticas e psicossociais. Logo, essas dimensões, interagem ininterruptamente, onde cada uma afecta e é afectada (Sequeira, 2010).

Apesar de o processo de envelhecimento comportar sempre determinadas perdas, durante o envelhecimento denominado normal, tais perdas vão sendo integradas no funcionamento individual, não provocando uma perda na qualidade de vida do idoso, ao contrário das consequências de um envelhecimento patológico que, podem ser bastante prejudiciais ao bem-estar do indivíduo, conferindo ao envelhecimento um carácter pouco gratificante (Santos, 2006). Embora se associe geralmente o envelhecimento a perdas biológicas e a doenças surgem autores, como Berger (1995, cit in Castro, 2007), que vêm dizer que nem tudo o que está relacionado com a velhice tem de ser negativo, e que a saúde não desaparece automaticamente com o envelhecimento, não devendo este ser associado a doença ou incapacidade (Hartmann, 2008; Castro, 2007; Santos, 2008), caso contrário, reforça-se a ideia de que ser “velho” é ser doente, pobre, sozinho e separado do mundo (Castro, 2007). Alguns estudos referem que o envelhecimento não é determinado pela idade cronológica, mas assenta na idade biológica dos indivíduos, não se desenvolvendo em todos os sujeitos da mesma forma, devido à individualidade de cada um e às formas particulares de envelhecimento dos mesmos (Lima, 2002; Murillo, Correa & Aguirre, 2006). Está relacionado com a velhice tem de ser negativo, e que a saúde não desaparece automaticamente com o envelhecimento, não devendo este ser associado a doença ou incapacidade (Hartmann, 2008; Castro, 2007; Santos, 2008), caso contrário, reforça-se a ideia de que ser “velho” é ser doente, pobre, sozinho e separado do mundo (Castro, 2007). Alguns estudos referem que o envelhecimento não é determinado pela idade cronológica, mas assenta na idade biológica dos indivíduos, não se desenvolvendo em todos os sujeitos da mesma forma, devido à individualidade de cada um e às formas particulares de envelhecimento dos mesmos (Lima, 2002; Murillo, Correa & Aguirre, 2006) in Lopes, 2010.

Ao considerar o envelhecimento humano, é muito importante realçar a diferença entre o que é consequência desse processo e aquilo que é secundário, derivado de processos patológicos próprios dessa faixa etária (Sequeira, 2010). A partir desta diferenciação, surgem dois conceitos:

- (1) Senescência que é um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento;
- (2) Senilidade que é um conjunto de modificações determinadas pelas afecções que as pessoas idosas apresentam (Birren & Zarit, 1985, cit. in Sequeira, 2010).

Spar e La Rue (2005) consideram que a **senescência**, como envelhecimento primário e a **senilidade** como envelhecimento secundário. O envelhecimento primário é caracterizado pelas mudanças corporais da idade e o envelhecimento secundário pelas mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não têm necessariamente que estar presentes. O envelhecimento primário parece estar relacionado com a longevidade máxima da espécie e o secundário com as diferenças inter - individuais (Spar & La Rue, 2005).

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Este facto, esta em grande parte associada à falta de consenso quanto à semântica e uso das palavras “idoso” e “velho”. (Sequeira, 2010).

Segundo Spar e La Rue (2005), é prática comum, considerar as pessoas idosas como os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, pelo que a idade da reforma constitui uma referência para a velhice, ainda que de forma variável, em função da profissão, país, sistema, cultural (Spar & La Rue, 2005).

O envelhecimento processa-se ao longo do ciclo vital. Ninguém fica “velho” de um momento para o outro e apenas alterações progressivas das características físicas e mentais das pessoas, são indicadores de velhice, (Sequeira 2010). Emergindo algumas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida para definir o envelhecimento (Sequeira, 2010). Apesar de ser vulgarmente utilizado, o critério da idade (65 anos) deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice (Sequeira, 2010, citando Paúl, 2005).

Independentemente do critério, importa referir que os sinais de envelhecimento se tornam visíveis e envolvem a componente biológica, psicológica e a social, sendo que, ainda que artificial, esta separação facilita a sistematização da informação (Sequeira (2010). O que equivale dizer, que sugere uma abordagem individual ao envelhecimento, de forma diferenciada, de acordo com a história e o percurso de vida de cada um. Esta é uma perspectiva de eleição para a intervenção ao nível da promoção do bem – estar individual, embora crie obstáculos à caracterização do envelhecimento em termos globais (Sequeira, 2010).

A *World Health Organization* (2011) afirma no estudo *European Report on Preventing elder maltreatment* que a mudança demográfica é uma realidade incontestável que afecta a Europa. A comissão Europeia publicou o seu terceiro relatório demográfico em Abril de 2011. Este revelou que a percentagem da população europeia com 65+ anos aumentou de 13,7% em 1990 para 17,4% em 2010. Prevê-se que em 2060, cerca de 30% da população da U.E. terá mais de 65 anos. O aumento da “idade idosa” – aqueles com mais de 80 anos é particularmente significativa. Prevê-se que a percentagem da população da U.E. com mais 80 anos aumentara quatro vezes mais de 1990 para 2060. Os efeitos do envelhecimento demográfico serão sentidos em toda a Europa. Entretanto, com um estudo recente feito pelo Comité para a Região “envelhecimento activo: solução local e regional” claramente mostra, isto criara muito mais impacto em alguns países do que em outros. Em 2030, a porção da população com mais 65 esta projectado para variar de 10,4% para 37,3% entre diferentes regiões (Edited by Sethi, Wood, Mitis, Bellis, Penhale, Marmolejo, Lowenstein, Manthorpe & Kärki, 2011). *World Health Organization* (2011) refere no estudo *European Report on Preventing elder maltreatment*, que é impossível ignorar as consequências significativas a nível social, económico e orçamental das mudanças demográficas. A proporção da dependência de pessoas idosas com idades muito elevadas cria desafios para manter pensões, saúde e outros serviços públicos precisas para um crescimento numérico de pessoas idosas. Os desafios são ainda mais urgentes no contexto económico e financeiro nos dias de hoje. Parece claro que o modelo económico e social de há cinquenta anos atrás não consegue enfrentar estas mudanças. No entanto, podem ser adoptadas medidas para mitigar as implicações das mudanças demográficas. Para conseguir isto, é necessário tomarem-se medidas com a maior brevidade. Há apenas uma pequena janela de oportunidade (Sethi et al, 2011).

2.2. Desenvolvimento cognitivo na velhice

Segundo Fontaine (2000) a abordagem cognitiva pode centra-se, essencialmente, na natureza da actividade mental, em relação a uma situação problema. Mais do que no sucesso ou insucesso do indivíduo é, por isso, importante considerar a maneira de pensar do indivíduo (Fontaine, 2000).

Segundo Park (1999 cit. in Sequeira, 2010), para a maioria dos Idosos, o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas, que não têm

implicações nas actividades diárias, uma vez que existem alguns factores que contribuem para a manutenção do funcionamento face a um declínio cognitivo ligeiro. Estes factores estão relacionados com a natureza gradual das alterações, o que permite a readaptação e a preservação dos acontecimentos gerais do idoso, que facilitam a resolução de problemas, a automação de muitas tarefas, a manutenção do ambiente e rotinas familiares. Para Sequeira (2010), estes factores, amortecem, de certa forma, parte do declínio cognitivo.

Spar e La Rue (2005), descrevem um conjunto de variáveis mediadoras da cognição no envelhecimento normal, sendo de destacar: factores genéticos, saúde, escolaridade, actividade mental, actividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e os conhecimentos especializados (Spar e La Rue, 2005).

Contudo, as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das funções do idoso. Destas alterações, destacam-se o processamento da informação e a memória de trabalho (Park, 1999 in Sequeira, 2010).

2.3. Inteligência cristalizada, inteligência fluida e envelhecimento

A inteligência pode ser dividida, segundo Sequeira (2010) em inteligência fluida e cristalizada. A inteligência fluida consiste no processo básico de informação, capacidade de raciocinar, perceber a relação entre os objectos, criar novas ideias e adaptar-se a mudanças (organização da informação em situações concretas). Atinge o seu potencial máximo aos 25 anos, iniciando-se a partir dali o seu declínio (Sequeira, 2010). Constata-se, desta forma, que a velocidade e a precisão no processo de informação também apresentam um declínio com o avançar da idade. Segundo Horn & Cattell (1996 cit in Sternberg, 2000) a inteligência fluida é mais alta para os adultos mais jovens do que para os mais velhos e, citam como exemplo, o desempenho de adultos mais velhos em tarefas de processamento da informação, parecem ser mais lentos, principalmente em tarefas complexas (Bashore, Osman & Hefley, 1989; Cerella, 1990, 1991; Poon, 1987; Schaire, 1989, in Sternberg, 2000). Sternberg (2000), considera que as capacidades cognitivas fluidas parecem crescer até aos 20 ou 30 anos, ou, possivelmente, até aos 40 anos, e daí em diante diminuem lentamente (Sternberg 2000).

Já a Inteligência cristalizada consiste no processo de aquisição do conhecimento, centrando-se na educação (acumulação de informações), no conhecimento e na experiência que os indivíduos adquirem no contexto sociocultural (aumenta a sua capacidade ao longo da vida). Este tipo de inteligência mantém-se e aperfeiçoa-se ao longo da vida, dependendo da educação e das experiências pessoais de cada um (Restak, 1999). Assim, as actividades desempenhadas no passado têm repercussões no presente e são fundamentais para o envelhecimento bem-sucedido no futuro. Por outro lado, o desempenho de actividades, independentemente da sua natureza, tem influência de forma positiva nas funções intelectuais e contribui para uma maior eficiência mental” (Morris, 1991). Para Sternberg (2000) na inteligência cristalizada o nosso conhecimento é armazenado e é grandemente declarativo como o vocabulário, mas também pode ser procedural, como *expertise* de uma drista-mestre, resultante em média mais alta para os adultos mais velhos do que para os jovens (Sternberg, 2000).

2.4. Memória

A memória tem uma função primordial na construção da identidade social da pessoa. Assim, as reminiscências têm um elevado valor social e relacional, indispensável para um envelhecimento saudável e para Figueiredo (2007), actualmente aceita-se que a memória se modifica com a idade. Graves problemas de memória estão relacionados com determinadas doenças mais frequentes em idades avançadas como é o caso de Alzheimer, mas que as modificações relacionadas com a memória constituem igualmente uma característica do processo normal de envelhecimento, embora se observa que, nem todas as capacidades mnésicas se alteram da mesma forma. Pois, enquanto algumas tarefas de memória revelam grandes diferenças com a idade (ex. nível da memória episódica ou de trabalho), outras revelam poucos efeitos da idade (nomeadamente a memória procedimental ou a semântica (Figueiredo, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) a explicação para esta divergência de resultados, depende da forma como a memória é conceptualizada. Algumas teorias advertem, também, que quantos mais os recursos cognitivos forem necessários para lembrar adequadamente qualquer coisa, maiores serão as diferenças de idade, com desvantagem para os mais velhos. Já outros autores, (Simões, 1982; Smith, 1996; Montorio e Izal, 1999; Packman, Small e Wahlin, 2001; Belsfky, 2001, in Figueiredo, (2007), defendem que, os efeitos da idade, se limitam a estruturas ou processos de memória específicos. Sugere-se,

também, que as diferenças de memória encontradas em diferentes grupos de idade, não reflectem os efeitos da idade, mas de outras variáveis, como a motivação ou a ansiedade, ou a abordagem metodológica (provas de laboratório versus provas em situações reais). Ainda segundo Figueiredo (2007), cabe então desmistificar algumas ideias associadas à perda de memória com a idade, baseando-se em resultados de investigações (e.g. Bäckman, Small & Wahlin, 2001; Belsky, 2001; Marchand, 2001; Montorio & Izal, 1999; Simões, 1982; Smith, 1996; Schaie & Willis, 2002; Spar & La Rue, 2005).

Schaie e Willis, (2002), cit.in Figueiredo, (2007), consideram a memória humana como um processo que envolve três fases: codificação, armazenamento e recordação da informação. A aprendizagem humana pode ser considerada como a fase de aquisição ou codificação da informação, ela pode ser codificada e armazenada em três sistemas de memória: a memória sensorial, a de curto prazo e a de longo prazo. Às vezes o que distingue estes três tipos de memória, é a duração da informação armazenada e a capacidade de armazenamento. A *memória sensorial* retém os estímulos do meio, sem análise semântica, durante décimas de segundo. Nela se distingue a memória icónica (visual) e ecóica (auditiva). A memória sensorial tem sido menos estudada, no entanto, a maioria dos resultados não revela diferenças significativas associadas à idade neste sistema mnésico (Figueiredo, 2007).

A memória de trabalho, *memória a curto prazo ou imediata*, esta relacionada com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo. Segundo Baddeley, (1986) in Sequeira (2010), este tipo de memória deterioriza - se com a idade, especialmente quando é necessário efectuar uma manipulação activa da informação (por exemplo, repetir números por ordem inversa). Esta alteração cria dificuldades na aprendizagem e na recordação de informação nova (Sequeira, 2010). Retém pequenas unidades de informação por um período de tempo ligeiramente superior ao da memória sensorial (Figueiredo, 2007). É aqui que a informação é preparada para passar para a memória a longo prazo (Figueiredo, 2007). Ela pode ser dividida em memória primária e memória de trabalho. A primeira envolve a retenção passiva de uma pequena quantidade de informação e a sua recordação imediata (ex. reter um nº. de telefone até ser escrito no papel), tem pouca capacidade e é muito breve. A segunda envolve simultaneamente a retenção da informação e a sua manipulação para resolver problemas ou tomar uma decisão. Relativamente à memória primária, a investigação indica

modestas diferenças devidas à idade, ao contrário da memória de trabalho que se vê afectada de maneira negativa com a passagem do tempo (Figueiredo, 2007). Alguns explicam esse déficit com a possibilidade da diminuição da capacidade de armazenamento da informação na memória de trabalho, em idades avançadas (Figueiredo, 2007). Outros autores sugerem a possível ocorrência de défices no processamento da informação, ou seja, à medida que as tarefas se tornam mais complexas, os idosos podem ter mais dificuldade em empregar estratégias eficientes de processamento da informação. Uma outra explicação possível, encontra-se na possibilidade de haver uma diminuição da velocidade que a memória de trabalho necessita para levar a cabo estas tarefas. (Figueiredo, 2007)

*Quanto a memória a longo prazo, também designada por memória de recordação, mantém-se estável ou declina muito pouco com a idade. É difícil medir esta memória com precisão, pois, não é possível controlar a exposição ao material inicial ou interventivo (Prull e col., (2000); Spar e La Rue, (2005), in Sequeira, 2010). Segundo Figueiredo (2007), a **memória a longo prazo**, é perspectivada como sendo um sistema que possui uma larga capacidade de armazenamento da informação e onde esta pode ser retida durante longos períodos de tempo. Normalmente divide-se em memória procedimental, memória semântica e memória episódica.*

A **memória procedimental** refere-se às competências apreendidas, isto é, uma vez apreendida uma competência básica (manejar uma raquete de ténis ou conduzir um automóvel), recordámo-la automaticamente quando o estímulo se apresenta de novo. A **memória semântica**, envolve a memória para o capital de conhecimentos (lembrar quem foi o primeiro Rei ou a capital de um país). A **episódica**, é a memória para os acontecimentos da vida que se vão sucedendo no quotidiano (recordar onde estacionou o automóvel ou o que fez no dia anterior), ela tem sido considerada como o sistema mais frágil, na medida em que é mais vulnerável à passagem do tempo (ela cita um ex. de um cidadão português que continuará a saber que D. Afonso Henriques foi o primeiro rei de Portugal, saberá conduzir um automóvel, mas muito provavelmente não se recordará em que consistiu a sua refeição do almoço de hoje) (Figueiredo, 2007).

Figueiredo (2007), afirma que muitos investigadores têm concluído que estes diferentes sistemas de memória a longo prazo, se vêm afectados diferentemente à medida que se envelhece. De um modo geral, não se verificam diferenças significativas com a idade a

nível de tarefas de memória semântica e procedimental, no entanto, é ao nível das tarefas de memória episódica que as diferenças relacionadas com a idade mais se fazem sentir, sendo o desempenho dos mais velhos inferior (Figueiredo, 2007). Apesar da magnitude das diferenças na idade variar consideravelmente, de acordo com os distintos materiais usados nas diferentes tarefas de memória, as pessoas idosas tendem a demonstrar mais problemas com a memória episódica do que os jovens adultos. A autora cita um tipo específico de memória episódica, a memória prospectiva, que envolve a recordação de informação para acções futuras (ex. lembrar de tomar um remédio à noite). Em que o facto de os idosos revelar piores desempenhos que os mais jovens em tarefas de memória a curto e a longo prazo, parece estar relacionado com as estratégias que empreendam para codificar e recuperar a informação. A investigação sugere que os idosos não empregam espontaneamente determinadas estratégias (técnicas mnemónicas) para facilitar a codificação e processamento da informação, contrariamente aos mais jovens. Contudo, quando são dadas instruções aos idosos no sentido de utilizar certas estratégias de codificação (ex. utilização de estratégias de organização da informação a níveis de processamento mais “profundos”), as diferenças entre jovens e idosos são menores (Figueiredo, 2007).

Quanto à recuperação da informação, existem duas estratégias fundamentais: a recuperação (*recall*), que consiste na capacidade para recuperar um fragmento de informação; o reconhecimento (*recognition*), que implica a identificação de um dado fragmento de informação (Figueiredo, 2007). A investigação sugere que os idosos têm menos dificuldades em tarefas de reconhecimento do que em tarefas de memória que implicam recordação da informação (Figueiredo, 2007). Existe a crença de que as pessoas idosas têm dificuldades em recuperar acontecimentos recentes, mas não de eventos do passado (Figueiredo, 2007). Por exemplo, acredita-se que as pessoas idosas tendem a recordar coisas que aconteceram durante a sua adolescência e juventude com mais frequência e intensidade, que acontecimento que tiveram lugar na meia-idade. A esse fenómeno denomina-se ponto alto das recordações ou “*reminiscencebump*”, que é a tendência que os idosos têm para recordar mais os acontecimentos que ocorreram quando tinham entre 10 e 30 anos de idade (Figueiredo, 2007). Poderemos encontrar explicação para isso, no facto de ser a altura de algumas vivências mais marcantes e significativas da vida dos indivíduos (as primeiras relações amorosas, a saída de casa dos pais, a constituição da família, a entrada no mercado de trabalho). A ideia

subjacente é que qualquer acontecimento que seja emotivo e pessoalmente significativo, reúne todos os requisitos para permanecer intacto na nossa memória. Há que salientar que a meta memória (isto é, o conhecimento e as crenças que as pessoas idosas têm acerca da sua própria memória) assume no funcionamento mnésico. Os estudos neste âmbito indicam que as pessoas acreditam ter mais problemas de memória, que os mais jovens, consideram-se menos eficazes e manifestam uma menor confiança relativamente às suas possibilidades para melhorar a eficácia da sua memória (Figueiredo, 2007).

Segundo Sequeira (2010) citando Herzog (1989), num estudo sobre a avaliação dos idosos, chegou-se a conclusão que a diminuição da eficiência ao nível da velocidade de processamento de informação do Sistema Nervoso Central (SNC), se reflecte no abrandamento cognitivo, o que leva a um declínio da inteligência relacionada com a idade (Sequeira 2010).

Salthouse (1998, 1999) sugeriu uma avaliação do envelhecimento cognitivo ao nível da cognição fluida que é tipicamente subjacente à aprendizagem, memória, raciocínio e capacidades espaciais, pois, constatou uma diminuição progressiva destas capacidades.

Relativamente à memória quando, habitualmente, as pessoas idosas se queixam das suas capacidades cognitivas, em geral referem-se a problemas da memória. Contudo, verifica-se que alguns aspectos da memória são mais sensíveis ao envelhecimento do que outros (Prull, Gabrieli e Bunge 2000; Spar e La Rue, 2005, in Sequeira, (2010). A memória constitui uma das funções cognitivas fundamentais para um envelhecimento activo e da qual depende a sua preservação. Assim, a memória assume uma importância vital no quotidiano das pessoas, na orientação, comunicação, na relação, na execução de tarefas, (Sequeira, 2010).

Com o avançar da idade, ocorre uma diminuição da velocidade de recuperação dos vários recursos da memória, sendo maior o declínio na memória imediata, ou seja, na fixação de informação recente, em grande parte devido às alterações no sistema sensorio-motor Prull e col., (2000); Spar e La Rue, (2005), in Sequeira, 2010).

Sequeira (2010), citando Ferreira (1998) que afirma que, a memória é constantemente renovada pelos novos desafios e significados que adquirem no momento contemporâneo. Para Spar & La Rue, (2005) in Sequeira (2010), os idosos revelam alguns problemas na aprendizagem de nova informação, que podem estar relacionados

com as escassas estratégias utilizadas, pois, muitos idosos adoptam uma atitude muito passiva para aprender e rememorar comparativamente aos adultos. Este processamento pode requerer um dispêndio maior de energia face às possibilidades do idoso. Assim, o treino mnemónico pode favorecer a memorização de nomes, locais, listas (Sequeira, 2007).

Para concluir, Spar e La Rue (2005) referem que o envelhecimento pode intervir no desempenho cognitivo através das alterações que ocorrem nas seguintes aptidões tais como:

Habilidades perceptivo-motoras – estão diminuídas nos idosos e os declínios começam pelos 50-60 anos;

Atenção – pode manter-se estável ou sofrer um declínio ligeiro. Podem surgir problemas em dividir e/ou descolar a atenção, filtrar o ruído;

Inteligência – pode declinar ligeiramente em idade muito avançada, sendo mais pronunciada em tarefas novas;

Linguagem – ao nível da comunicação, sintaxe, conhecimento de palavras, fluência, nomeação e compreensão, pode manter-se estável ou sofrer um declínio ligeiro. Contudo, esta varia com o grau de escolaridade, com alterações sensoriais, entre outras.

Tabela 2: Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (adaptado. a partir de Figueiredo, 2007 e Spar & La Rue, 2005)

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
<i>Inteligência</i>		
Vocabulário, fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar ligeiramente com a idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas
Actividades perceptivas motoras	Em declínio	O declínio começa pelos 50-60 anos
<i>Atenção</i>		
Campo de atenção	Estável a declínio ligeiro	
Atenção complexa	Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção
<i>Linguagem</i>		
Comunicação	Estável	Na ausência de défice sensorial
Sintaxe, conhecimento de palavras	Estável	Varia com o grau de instrução
Fluência, nomeação	Declínio ligeiro	Lapsos ocasionais em encontrar palavras
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Alguma erosão no processamento de mensagens complexas
Discurso	Variável	Pode ser mais impreciso, repetitivo

Memória

De curto prazo (imediate)	Estável a declínio ligeiro	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7 +- 2 itens), mas com fácil ruptura por interferência
<i>De trabalho</i>	Declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo
Secundária (recente)	Declínio moderado	Défices de codificação e recuperação; armazenamento intacto
Implícita	Estável a declínio ligeiro	Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada conscientemente
<i>Remota</i>	Variável	Intacta para aspectos mais importantes da história pessoal

Visuo - espacial

Copiar desenhos	Variável	Intacta para figuras simples, mas não para complexas
Orientação topográfica	Em declínio	Mais notável em terreno não familiar

Raciocínio

Resolução lógica de problemas	Em declínio	Alguma redundância e desorganização
Raciocínio prático	Variável	Intacto para situações familiares

Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação
Imagens da Velhice e do Envelhecimento em Estudantes Universitários de São Vicente – Cabo Verde

Funções de execução	Declínio geral	Planeamento/monitorização menos eficiente de comportamentos complexos
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção

2.5. Desenvolvimento psicossocial na velhice

As relações sociais podem alterar-se com o envelhecimento, devido às mudanças no estatuto social ou das redes sociais, com conseqüente diminuição ou perda de alguns papéis sociais (Lopes, 2010). Estas mudanças podem advir de factores como a viuvez, diminuição de contactos sociais, ou devido a dificuldades funcionais.

Segundo Ribeiro (2007 cit. in Lopes, 2010) a nível social, deve mencionar-se a reforma como um marco importante, pois, a passagem para a reforma pode significar uma perda de estatuto social, ou uma forma de exclusão social, levando a uma diminuição da auto-estima, condicionando por sua vez, a forma como o idoso enfrenta os desafios que a sociedade lhe impõe. Aqui, a exclusão profissional induz quer a perda do estatuto conferido pela actividade profissional, quer a perda do reconhecimento social que ela sustentava. Assim, segundo Silva (2006), a passagem para a reforma pode significar uma perda de identidade baseada num desempenho profissional activo e que facultava interacções ao nível social (in Lopes 2010). A par disto, podem surgir as dificuldades económicas, que vão aumentar a diminuição da participação na sociedade, aumentando o isolamento e a marginalização (Santos, (2008) in Lopes (2010).

Segundo Ribeirinho (2005, cit. in Lopes, 2010) a reforma pode favorecer o isolamento social, a inactividade ou depressão, gerando no idoso sentimentos de inutilidade ou de baixa auto-estima. Contudo, a entrada na reforma tem implicações diferentes em cada idoso, sendo que, além de possíveis repercussões negativas em alguns idosos, também é possível notar que alguns idosos, ainda assim, podem manter uma vida social activa (Ribeirinho, 2005, cit in Lopes 2010). A entrada na reforma é, assim, um dos acontecimentos normativos que mais alterações implicam na pessoa idosa, alterando o seu estilo e ritmo de vida, exigindo deste um grande esforço de adaptação, visto significar a perda do papel profissional, a perda de papéis junto à família e da sociedade (Valentini, & Ribas, 2003, cit. in Lopes, 2010).

De facto, com a velhice, verifica-se que alguns idosos acabam por participar pouco na sociedade, gerando sentimentos de solidão, desvalorização, prejudicando variáveis sócio-familiares, de saúde física e psíquica (Ribeirinho, 2005, cit in Lopes, 2010). Na velhice podem ocorrer mudanças ao nível da identidade, mudanças de papéis sociais,

perdas diversas e diminuição dos contactos sociais (Valentini, & Ribas, 2003). Também as relações familiares se alteram na velhice, nomeadamente a nível conjugal, filial ou fraternal. De um ponto de vista conjugal, a família volta a ter a composição inicial, com a passagem a casal sozinho, valorizando-se novamente aspectos expressivos, como o cuidar e o dar atenção. Segundo Sousa, Figueiredo & Cerqueira, (2004, cit. in Lopes, 2010),) ocorre uma aproximação com os filhos, uma vez que os filhos passam a ser vistos pelos pais idosos como uma fonte de apoio emocional e instrumental. Existe, também, uma aproximação com os irmãos, devido a maior disponibilidade de tempo, aproximação do fim da vida e valorização de memórias passadas comuns. O idoso tende assim a valorizar expressões de carinho, como dar/receber cuidados e atenção e a redução dos contactos sociais (in Lopes, 2010).

É, também, nesta fase da vida que alguns idosos passam a maior parte do tempo com amigos, nomeadamente em convívios, e com os quais têm maior contacto diário. Aqui, os amigos tendem a desempenhar um papel de companheirismo, e são muito importantes em termos de bem-estar psicológico, enquanto a família fornece mais um apoio financeiro, cuidados de saúde ou de discussão de problemas familiares (Lerner, Easterbrooks & Mistry, (2003), cit. in Lopes, 2010).

Exposta a um conjunto de perdas, a pessoa idosa tem tendência para experienciar o isolamento social, juntando-se o facto de ter poucas ocupações sociais, bem como, em alguns casos pouco contacto com a família e com a comunidade, internalizando a noção de improdutividade (Valentini, & Ribas, 2003 cit.in Lopes, 2010). Para Santos (2008acit. in Lopes, 2010), durante o processo de envelhecimento podem ocorrer perdas, separações, solidão e isolamento, que podem levar a um aumento da sintomatologia ansiosa ou depressiva no idoso, conduzindo a baixa auto-estima e reduzida motivação. Outro aspecto social que não deve ser colocado de parte, é o facto de, cada vez mais, o idoso, ser vítima de violência e negligencia, tanto por parte da família como da sociedade, gerando abandono e desrespeito para com o idoso (Valentini & Ribas, 2003 cit in Lopes, 2010)

2.6. Envelhecimento Activo

A World Health Organization (WHO, 2002) define o envelhecimento activo como um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o

objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Para esta organização, o envelhecimento activo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia protecção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (WHO, 2002).

A palavra activa, para WHO (2002) refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir activamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

O objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, um projecto de envelhecimento activo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento activo. A qualidade de vida que as pessoas terão na velhice dependem não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irá oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (WHO, 2002).

A **Tabela 3:** Apresenta importantes conceitos relacionados com Envelhecimento activo (WHO, 2002).

Autonomia	Habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.
Independência	Habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros;
Qualidade de vida	Percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.
Expectativa de vida saudável / expectativa de vida sem incapacidades físicas	Tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento.

Com a excepção da autonomia, de difícil mensuração, todos os conceitos mencionados na Tabela 3, foram elaborados através de tentativas de medir o grau de dificuldade que uma pessoa mais velha tem ao executar actividades de vida diária (AVDs) e actividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa, e as AIVDs incluem actividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições.

Recentemente foram desenvolvidas algumas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde que são mais gerais e foram validadas. Essas medidas precisam ser compartilhadas e adaptadas para o uso em diversos cenários e culturas. O termo “envelhecimento activo” foi adoptado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento

saudável”, abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros factores que afectam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997).

A abordagem do envelhecimento activo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, o plano estratégica deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa a ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (WHO, 2002).

A *World Health Organization* (2011) afirma no estudo *European Report on Preventing elder maltreatment*, que, uma forma de promover envelhecimento activo e saudável pode criar novos modelos económicos e sociais baseados em grande solidariedade e cooperação entre e dentro das gerações. As pessoas estão a ter vidas longas, mas desde que eles tenham também saúde restante longo, a procura de suporte dos serviços de saúde não aumentará tanto quanto a taxa do número de pessoas idosas (Sethiet al.2011).

Para Martins, e Hagen (2008) envelhecer com saúde é, possivelmente, um dos maiores desejos do ser humano nos últimos tempos. (Martins, e Hagen, 2008). O envelhecimento activo está relacionado com a prevenção em saúde e, muito em particular, com zelar por uma melhor qualidade de vida em todas as idades, e a melhor forma é combater o sedentarismo, melhor hábitos alimentares, aprender a cultivar passatempos, amizades e hobbies, ou seja, aproveitar o conhecimento da vida e de si próprio para melhorar a sua vida emocional, social e intelectual (Nunes, 2008).

A *World Health Organization* (2011) afirma, no estudo *European Report on Preventing elder maltreatment*, que o aumento do número de pessoas idosas saudáveis e activos não é só um facto de ser celebrado como realização social, mas que também representa um recurso significativo para a sociedade. Apesar de algumas pessoas idosas precisarem de cuidados significativos, em geral, pessoas idosas e aposentadas têm riquezas de

conhecimentos e experiências, tempo e energia, bem como os próprios recursos financeiros para contribuir para uma sociedade moderna como cidadãos, voluntários, trabalhadores, membros de famílias e consumidores. A sociedade precisa valorizar e selar este potencial, tanto para melhorar a qualidade de vida e dignidade das pessoas idosas, mas também para proporcionar novas formas de desenvolver oportunidades e mitigar os efeitos negativos antecipados das mudanças demográficas. Encontrar novas maneiras de encorajar envelhecimento activo e saudável e solidariedade entre gerações pode assim criar um impacto genuíno em criar sociedades modernas em todas as idades.

O envelhecimento activo da Europa, está centralizado na agenda política europeia. Para Europa 2020, as estratégias da União Europeia (U.E.) para o crescimento 2010-2020 tem em vista desenvolver: (1) uma economia baseada em conhecimentos e inovações (crescimento inteligente); (2) mais competitividade, recurso eficiente e economia “verde” (crescimento sustentável); e (3) um grande aproveitamento económico fornecendo coesão social e territorial (crescimento inclusivo).

Estas tendências apontam para uma percentagem de aproveitamento de 70% para pessoas entre 20-64 anos e pelo menos 20 milhões de pessoas em risco de pobreza e exclusão social em 2020. Para realizar estes objectivos não será possível sem envelhecimento activo e solidariedade entre gerações. O crescimento inteligente deve envolver novas e flexíveis maneiras de ajudar pessoas a trabalhar mais tempo e explorar mercados em serviços e produtos para pessoas idosas.

O crescimento sustentável implica ajudar as pessoas a envelhecerem saudáveis e activas para se prevenir sobrecarga de serviços públicos. Implica o desenvolvimento e garantia de oportunidades e qualidade de vida para o crescente número de pessoas idosas. Muitos programas de financiamento Europeu podem apoiar projectos inovadores e intercâmbios acerca do envelhecimento activo e solidariedade entre gerações. A U.E. declarou o ano 2012 como o Ano Europeu para o Envelhecimento Activo e Solidariedade entre Gerações (EY2012). Este objectivo presta serviço como um sistema para elevar a consciencialização, identificar e disseminar boas práticas e encorajar legisladores e intervenientes de todos os níveis a promover envelhecimento activo e solidariedade entre gerações. Pretende-se promover envelhecimento activo nas áreas do emprego; participação na sociedade; saúde e vida independente e solidariedade entre gerações. (Edit Sethet al, 2011).

CAPITULO III

3. Imagens e Estereótipos em relação às Pessoas Idosas

3.1. Imagens e estereótipos: conceitos e contextualização teórica

Segundo Martins e Rodrigues (2004, cit in Castro, 2007, estereótipo, é uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que é partilhada, nas suas características essenciais por um grande número de pessoas; dito de outra forma é um “chavão”, uma opinião feita, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade, ou seja é uma “generalização” e simplificação de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objectos, podendo ser de natureza positiva ou negativa (Martins e Rodrigues, 2004).

Para Martins e Rodrigues, (2004) o estereótipo positivo, é aquele em que se atribuem características positivas a todos os objectos ou pessoas de uma categoria particular, por exemplo, “todos os idosos são prudentes”. Contrariamente, um estereótipo negativo, atribui características negativas a todos os objectos ou pessoas de uma determinada categoria, de que é exemplo “todos os idosos são senis” (Martins e Rodrigues, 2004).

Já Lippman (1922) é considerado o grande impulsionador do conceito de estereótipo no âmbito das ciências sociais. Anos mais tarde, Katz e Braly (1933), Allport (1954) e também Tajfel, na década de 70, lançaram as bases do estudo dos estereótipos no âmbito da psicologia social (Oliveira, 2007; Alexandre, 2003). De acordo com Devine (1989) e Kocarnik e Ponzetti (1986), os estereótipos tendem a estabelecer-se ainda na infância, antes de a criança desenvolver a capacidade cognitiva para questionar a veracidade de um estereótipo, tornando-o facilmente activado e acessível na memória, tendendo a manter-se e a fortalecer-se durante a vida adulta. No caso dos estereótipos etários, isto ocorre, devido à ausência de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento (Kocarnik & Ponzetti, 1986).

Os estereótipos são percepções socialmente partilhados e têm origem na interacção social. São descritos como organizados, rígidos, simplistas, erróneos e com elevado grau de generalização, podendo ser positivos ou negativos. Têm uma aplicação normalmente estrita, possuem uma forte componente afectiva e avaliativa, e geralmente,

estão na base de atitudes de discriminação social (Castro, 2007; Sáez, Meléndez & Aleixandre, 1994; Simões, 1985; Sánchez, 1982). Assim que formados, os estereótipos são resistentes a novas informações que o contradigam, sendo caracterizados, também, como inflexíveis (Aronson, Wilson & Akert, 1999). Allport caracterizou ainda os estereótipos como um conjunto de imagens e julgamentos sobre um determinado objecto ou situação (Levy, 1996). Quando o indivíduo avalia um grupo, o conteúdo associado a essas avaliações constitui a base para a formação de categorias. É com base nestas categorias, que surge a estereotipização. O estereótipo é armazenado na memória, influenciando as percepções e os comportamentos em relação ao grupo e aos seus membros (Oliveira, 2007). Lippmann salienta o papel activo do indivíduo na construção dos estereótipos que são sempre „selectivos“ e „parciais“. (Cabecinhas, 2004). Os estereótipos, podem ainda ser considerados uma imagem mental, quando elaborados pela mente humana; mas também podem ser uma imagem social quando se manifestam como representação de um grupo, levando à construção de representações sociais (imagem social), sendo susceptíveis de generalização, levando à formação de crenças e mitos (imagem cultural). Na elaboração do comportamento, esta distinção é difícil, pois as componentes sociais e mentais interagem e misturam-se na vida de cada pessoa (Ribeiro, 2007 in Lopes, 2010). Desta forma, surgem de seguida, três teorias que pareceram mais pertinentes na explicação da formação das componentes sociais e mentais das imagens/ estereótipos, componentes estas, onde este trabalho incide particularmente:

3.2. Modelos Teóricos Explicativos na Formação dos Estereótipos

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

Teoria da Identidade Social

Henri Tajfel (1972), anunciou pela primeira vez a Teoria da Identidade Social na sua contribuição para uma obra literária de Psicologia Social, cujo autor era Serge Moscovici. Pouco depois, o autor Jonh Turner (1975), juntou-se a ele, contribuindo para as primeiras formulações desta teoria, expandindo-a mais tarde como Teoria da Auto - Categorização, sendo ambas utilizadas em áreas como a estereotipização e a discriminação (Leyens, Yzerbyt & Shadron, 1994; Postmes, Haslam & Swaab, 2005).

A Teoria da Identidade Social explora os processos psicológicos envolvidos na tradução de categorias sociais para grupos de indivíduos (Leyens, Yzerbyt & Shadron, 1994), existindo por isso uma relação entre os processos psicológicos e o contexto social (Ferreira, 2000). Segundo esta teoria, as identidades sociais são ao mesmo tempo percepções individuais e concepções socialmente partilhadas e construídas, reflectindo as normas do grupo (Postmes, Haslam & Swaab, 2005). Aqui, a identidade social, advém da percepção que o indivíduo possui da pertença ao grupo ou categoria social (Stets & Burke, 2000). De acordo com Tajfel e Turner (1979, cit in Rupp, Vodanovich & Credé, 2005), os indivíduos estão motivados para perceber o seu grupo de forma mais positiva do que os grupos exteriores. Assim, quando os indivíduos se percebem como membros de um grupo, e se essa pertença é importante na relação com o grupo, isso reforçará a sua identidade social (Monteiro, Lima & Vala, 1991; Cabecinhas & Lázaro, 1997), influenciando os pensamentos e comportamentos do sujeito (Padilla, & Perez, 2003). Assim, as cognições dos indivíduos são socialmente construídas, dependendo do grupo de referência (Padilla, & Perez, 2003), contribuindo para a formação da auto-imagem do indivíduo. Esta identificação pode gerar componentes emocionais, como os julgamentos, que vão reforçar a identidade social e a auto-estima dos membros do grupo (Prette & Prette, 2003). Segundo esta teoria, o aumento da auto-estima dos membros do grupo é o grande impulsionador da categorização e da estereotipização social (Aronson, Wilson & Akert, 1999). A teoria da identidade social, parte da ligação entre três conceitos: categorização social, identidade social e comparação social. A categorização social surge como uma forma de classificação do ambiente social, e serve para definir a posição do indivíduo na sociedade (Cabecinhas & Lázaro, 1997; Veríssimo, 2001). É através deste processo que os sujeitos constroem uma versão simplificada da realidade social, levando à construção de categorias sociais, gerando distinção entre grupos sociais (Ferreira, 2000 in Lopes, 2010).

Segundo Allport (1954), a categorização tem cinco características principais: i) origina categorias para orientar as vivências dos indivíduos; ii) integra informação de modo a simplificar o processo de pensamento, iii) permite identificar qualquer objecto relacionado com as categorias existentes, iv) os conceitos pertencentes a uma categoria têm o mesmo significado e sentimento, e v) o sistema cognitivo elabora categorias não necessitando de evidências ou necessidade de comprovação (Veríssimo, 2001). Segundo Van Knippenberg (1984, cit in Ferreira, 2000), as categorias sociais podem ser vistas

como representações, imagens socialmente partilhadas sobre grupos. Para Hale (1998) assim, os membros do grupo de pertença tendem a categorizar e a estereotipar membros de outro grupo, através de comparações baseadas nas características positivas do endogrupo, favorecendo a identidade pessoal e social dos membros e do grupo no todo (in Lopes, 2010).

Segundo Tajfel, a comparação social está associada à necessidade de construção de uma identidade social positiva, mediante comparações entre o grupo a que se pertence, e outros grupos, favorecendo o grupo de pertença (Cabecinhas & Lázaro, 1997). Desta forma, os indivíduos distinguem positivamente o seu grupo dos outros grupos, reflectindo-se de forma positiva ao nível da sua auto-estima (Ferreira, 2000; Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994). Este processo de alcance de uma identidade social positiva promove a diferenciação, e uma visão despersonalizada dos membros do grupo exterior (Hale, 1998), motivando atitudes e acções discriminatórias em relação a outros grupos (Prette & Prette, 2003). Ter uma identidade social positiva, satisfaz as necessidades de inclusão, e de diferenciação, na medida em que existe a necessidade de pertencer a um grupo social, enquanto se procura manter a diferenciação de outro grupo (Padilla & Perez, 2003). Contudo, existem situações de comparação social em que o grupo de pertença fica desfavorecido, diferenciando-se negativamente em relação a outros grupos, resultando numa identidade social negativa ou insatisfatória (Serôdio, 1999). Hale (1998) diz que ao aplicar esta teoria à formação de estereótipos etários, pode dizer-se que os indivíduos jovens que são percebidos como membros de um grupo podem estereotipar indivíduos idosos, que fazem parte de um outro grupo exterior. Este processo de estereotipização ocorre para reforçar a identidade pessoal e grupal do grupo dos indivíduos jovens (in Lopes, 2010).

Para os autores Leyens, Yzerbyt & Schadron, (1994) os estereótipos não são apenas um resultado do processo de categorização, da necessidade de organizar o ambiente, mas também servem a função social de explicar os acontecimentos sociais e justificar as acções do grupo. Segundo Tajfel (1981), os estereótipos possuem três funções: i) causalidade social, na medida em que procura compreender acontecimentos sociais identificando os grupos que podem ser responsáveis pelos mesmos, ii) justificação social, em que um estereótipo específico é utilizado para explicar comportamentos de um determinado grupo e iii) a diferenciação social, diz respeito à clarificação e

acentuação das diferenças entre os grupos de modo a manter uma distinção a favor do grupo de pertença (in Lopes, 2010).

A Teoria da Auto-Categorização

*Esta teoria considera que os processos de categorização e identificação social, os sujeitos definem-se em termos de uma identidade social particular, influenciando o pensamento e comportamento individual. Se este é o caso, então as normas e estereótipos que são geralmente atribuídos ao grupo, são internalizados, influenciando os pensamentos e acções do sujeito (Postmes, Haslam & Swaab, 2005). Segundo esta teoria, os indivíduos definem-se como membros de uma categoria social, aprendem as normas estereóticas dessa categoria, e atribuem essas normas a si próprios. O comportamento do grupo torna-se normativo, e a pertença ao grupo implica uniformidade com esse comportamento e atitudes (Leyens, Yzerbyt, & Schadron, 1994). Aqui, os sujeitos categorizam-se em função de estereótipos partilhados que definem o grupo, em contraste com grupos exteriores (Postmes, Haslam & Swaab, 2005; Ferreira, 2000). Ocorre assim, segundo Turner (1984), um processo de auto-estereotipia, de despersonalização do “eu” individual a favor do “eu” colectivo, passando o sujeito a ser definido com base nos estereótipos do grupo de pertença, em que a identidade social se torna saliente, em detrimento da identidade pessoal (Serôdio, 1999, Veríssimo, 2002). A despersonalização, segundo Turner *et al* (1987, cit in Stets & Burke, 2000), é considerada o fenómeno que está na base de processos como os estereótipos sociais, coesão do grupo, etnocentrismo, cooperação, altruísmo e acção colectiva. A auto-estereotipia implica que ao identificar-se com o grupo, o indivíduo estabeleça uma equivalência entre si e a categoria do grupo de pertença. O “eu” é percebido em termos de categorias, de forma a acentuar a percepção das semelhanças entre o “eu” e o grupo de pertença, e por outro lado, a acentuação das diferenças com os grupos exteriores (Serôdio, 1999; Stets & Burke, 2000). Pode dizer-se, que de acordo com esta teoria, o objectivo do indivíduo, em qualquer situação grupal, é sempre a diferenciação intergrupal. O indivíduo tende a auto-categorizar-se em grupos que permitam destacar-se positivamente de outras categorias sociais (Serôdio, 1999). Estes princípios sugerem como certas propriedades partilhadas pelo grupo podem influenciar os indivíduos assim que estes se definem como membros de um grupo. A natureza da influência social depende das normas específicas, convenções, ideologias, ou cultura dos grupos em questão (Postmes, Haslam & Swaab, 2005). Pode-*

se dizer que para Leyens, Yzerbyt & Schadron, (1994) a Teoria da Identidade Social e para a Teoria da Auto-Categorização, os estereótipos resultam de um processo cognitivo-perceptual, que acentua as semelhanças entre os membros da mesma categoria, sendo que os estereótipos são utilizados para justificar e explicar os comportamentos, definindo também quais as percepções, comportamentos e atitudes mais apropriadas ao grupo (in Lopes, 2010)

3.2.2. A teoria das Representações Sociais

A noção de Representações surge pela primeira vez na sociologia, com Durkheim, em 1898, com a noção de Representações Colectivas. Este conceito defende a ideia de que a condição para a existência de todo o pensamento organizado é a vida social. Segundo as representações colectivas, todos os fenómenos sociais são impostos ao indivíduo, tornando-os obrigatórios, conduzindo os indivíduos a pensar e a se comportar de uma forma homogénea (Castro, 2007). Em 1961, o Psicólogo Social Serge Moscovici, partindo do pressuposto de que as representações colectivas se geram na interacção social, apresenta o conceito de Representação Social, com o objectivo de procurar uma explicação da origem e natureza do pensamento social (Castro, 2007; Silva, 2006). Este autor refere que as representações são construídas pelos sujeitos na partilha do conhecimento, reforçando a ideia da representação social como um conceito psicossocial (Bôas, 2004). Assim, para Mennocchi, (2009) o contexto social influencia o comportamento dos indivíduos, enquanto estes constroem a sua realidade social (in Lopes, 2010).

Segundo Potter & Litton (1985), esta teoria é particularmente útil na explicação dos processos sociais envolvidos na construção social dos fenómenos pelos sujeitos, e mostra como as atitudes, crenças, pensamentos e atribuições se formam a partir de determinados padrões. Interliga pensamentos, conhecimento e acção com fontes culturais, partilhadas por um conjunto de actores sociais. Esta teoria surge geralmente definida na literatura por teoria do senso comum (Almeida & Cunha, 2003; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999), opondo-se ao conhecimento científico (Neto, 1998; Murillo, Correa & Aguirre, 2006; Moñivas, 1998, in Lopes, 2010).

O conceito de representação social, segundo Vala (1986, cit in Castro, 2007), emerge num dado contexto social, fornecendo valores, ideologias e sistemas de categorização social, partilhados por diferentes grupos sociais. Caracterizam-se por afirmações

elaboradas através de comunicações inter-individuais, equivalentes a mitos e crenças tradicionais. A comunicação, neste contexto permite convergir os indivíduos numa rede de interações, onde se geram e se adquirem as representações sociais (Castro, 2007; Parales & Ruiz, 2002). Segundo Wagner (1998, *in* Wachelke & Camargo, 2007), a representação social, é vista como um processo cognitivo, afectivo, avaliativo e simbólico acerca de um determinado fenómeno social e partilhado por outros membros do grupo social. As representações sociais apresentam-se como imagens, categorias ou teorias, que contêm um conjunto de significados, e que permitem interpretar a informação do meio, classificar fenómenos e indivíduos, construindo uma realidade comum a vários sujeitos (Neto, 1998). São também uma forma de conhecimento que sofre a influência de informações e conhecimentos que recebemos e transmitimos através das tradições, da educação e da comunicação social (Monchietti & Sánchez, 2008, *in* Lopes, 2010).

Assim, as representações, através de construtos cognitivos como as imagens e os conceitos, expressos através da linguagem, incluem o preconceito, as crenças, atribuições, estereótipos, atitudes e valores que os indivíduos possuem acerca de determinado domínio da realidade (Moñivas, 1998). Moscovici (1978), refere que a representação social surge da necessidade de transformar aquilo que é estranho em familiar, é uma forma de manipulação do pensamento e da estrutura da realidade psicossocial, construindo uma realidade a partir daquilo que se sabe dela (Araújo, Coutinho & Santos, 2006; Araújo, Coutinho & Saldanha, 2005; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999). Segundo o mesmo autor, as representações servem para orientar as pessoas no seu mundo social, e fornecem um código para nomear e classificar objectos de uma forma ambígua (Potter & Litton, 1985; Moñivas, 1998, *in* Lopes, 2010).

A representação social é constituída a partir de três elementos: i) informação, que se refere ao conhecimento que o grupo tem de um determinado objecto socialmente representado e partilhado; ii) o campo da representação, inclui a ideia ou imagem da representação, refere-se à estrutura interna dos conteúdos de determinado objecto, em que a própria representação é uma unidade de elementos ordenada, estruturada e hierarquizada e iii) a atitude, foca-se na orientação global do comportamento face ao objecto da representação. Trata-se da resposta positiva ou negativa face ao objecto, e é, segundo Neto (1998), o elemento mais resistente das representações. Apesar de terem

origem em cada indivíduo, as atitudes surgem a partir das relações sociais, formando diferentes representações sociais, opiniões ou estereótipos (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Catita, 2008, in Lopes, 2010).

Segundo Duveen (2005), as representações sociais estão sujeitas a mudanças, seja pelo surgimento de novas representações ou pela reelaboração de representações já existentes. As representações podem ir variando em consonância com a evolução da sociedade, na qual surgem, se adaptam e desaparecem (Lopes & Park, 2007). De forma sucinta pode então dizer-se que uma representação social é uma forma de conhecimento que resulta das interações dentro de um grupo social, e da forma como os actores sociais caracterizam um determinado objecto, e por isso socialmente elaborado e partilhado, tendo como objectivo a construção de uma realidade comum (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Castro, 2007; Murillo, Correa & Aguirre, 2006). Um mesmo objecto pode ter uma grande variedade de representações, que diferem de acordo com a actividade cognitiva, psicológica, as normas e valores dos indivíduos e dos grupos sociais em que estão inseridos (Teixeira, Sttembre & Leal, 2007; Castro, 2007) Nesta linha de raciocínio, incluem-se os estereótipos como sendo construídos a partir das representações sociais (Silva, 2006). Hewstone (1982, cit in Potter & Litton, 1985) faz um paralelo entre as representações sociais e a noção de estereótipos sociais, de Tajifel. Di Giacomo (1980), referindo-se aos mesmos como opiniões socialmente determinadas, ou crenças, acerca do meio social circundante (Potter & Litton, 1985, in Marlene, 2010).

Vários autores atribuem funções diferentes às representações sociais. Na tabela 4, são apresentadas algumas dessas funções.

Tabela 4 Utilidades Conferidas às Representações Sociais ou Utilidades das Representações Sociais (in Lopes, 2010):

Utilidades das Representações sociais	Autores
Explicam decisões ou comportamentos de um indivíduo ou grupo	Abric, 2004, in Castro, (2007); Vala, (2002) in Castro, (2007); Abric, 1994, in Bôas, (2004)
Orientação de condutas e de relações sociais	(Jodelet, 1984, in Castro, 2007); (Abric, 1994 in Bôas, 2004);
Permite ao sujeito tornar a realidade compreensível para si e permite a inclusão daquilo que é novidade	Jodelet, (1984), in Castro, (2007); Vala, 2002 in Castro, (2007); Abric, (1994), in Bôas (2004)
Distinção dos grupos sociais	Vala, 2002, in Castro, (2007).
Definem a identidade do grupo	Abric, (1994), in Bôas, (2004).
Categorizar os factos da vida social a partir da interpretação grupal, permitindo actuações relativamente a esses factos	Wachelke & Camargo, (2007).

A teoria da Cognição Social

Segundo Hamilton (1981, cit in Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994), a cognição social diz respeito aos factores que influenciam a aquisição e representação da informação, para gerar determinados julgamentos pelo indivíduo. Um pressuposto desta teoria, é que existe estruturas de conhecimento que afectam o armazenamento e o processamento da informação, permitindo dar um significado ao mundo, e inferir relações para além das informações disponíveis. Estas estruturas organizam e estruturam o meio ambiente, permitindo ao sujeito uma construção activa da realidade social (Ferreira, 2000). Uma diferença entre esta teoria e a teoria da identificação social, é que esta ultima procura estudar os processos da estereotipização a nível social, enquanto a teoria da cognição social fá-lo a nível individual (Leyens, Yzerbyt & Schadron, 1994). O trabalho de Allport (1954), é o mais significativo no estudo dos estereótipos na perspectiva cognitivista, e segundo ele, estes são considerados crenças exageradas associadas a uma determinada categoria social (Marques, 1986), e aplicado a um indivíduo que aí pertence, sendo que esse individuo partilha com outros membros do mesmo grupo, as características relativas a uma categoria (Santos, 2008, in Lopes, 2010).

De facto, de acordo com esta abordagem, os estereótipos foram definidos como estruturas que contêm o conhecimento, crenças e expectativas em relação a um determinado grupo, e como tal, são capazes de influenciar grande parte do processamento de informações sociais, bem como processos como a atenção, interpretação de comportamentos, a elaboração de inferências, e o tipo de informação recolhida pela memória (Pereira, Ferreira, Martins & Cupertino, 2002). Segundo esta teoria, o estereótipo, pode ser considerado a partir dos conceitos de esquema, protótipo ou *Scripts*. A noção de esquema aqui utilizada provém da noção de Bartlett (1932), como sendo um guia da percepção, atenção e recordação, onde são relacionados os conhecimentos já adquiridos e uma nova informação (Marques, 1986). Do esquema, depende a construção, interpretação e actuação sobre a realidade social, actuando como categorias, estruturas de conhecimento que processam e interpretam a informação proveniente do meio (Ferreira, 2000; Marques, 1986). Assim, os esquemas fornecem informações que proporcionam a elaboração de julgamentos e inferências relativamente aos outros (Santos, 2008). Desta forma, os

estereótipos são exemplos de esquemas que se aplicam no processamento de informação sobre uma determinada pessoa (Brewer & Crane, 1994). Relativamente ao protótipo, segundo Rosh (1977, cit in Marques, 1986), é o conjunto de atributos que mais representa uma categoria, são as características que têm maior probabilidade de ocorrer nos membros de uma categoria. Segundo Brewer e Crane (1994), o protótipo está associado a tipos particulares de personalidade, pessoas que são percebidas como semelhantes em valores ou hábitos. Os *scripts* são representações generalizados de acontecimentos que nos dizem o que esperar de determinada situação, ou de como esperamos que as pessoas se comportem. Eles não só organizam o nosso comportamento numa nova situação, como influenciam a memória em acontecimentos semelhantes (Brewer & Crane, 1994). Apesar das suas diferenças, estes conceitos supõem que os estereótipos sejam representados como um conjunto abstracto de factores que caracterizam um determinado grupo social, e que são posteriormente armazenados na memória (Pereira, Ferreira, Martins & Cupertino, 2002, cit in Lopes, 2010)

Estereótipos e processos cognitivos

As crenças estereotipadas são desenvolvidas com base nas características percebidas dos grupos sociais relevantes, gerando interpretações, sendo posteriores recuperadas pela memória, activando estereótipos, influenciando julgamentos e comportamentos (Santos, 2008). Desta forma, existem determinados processos cognitivos que influenciam os estereótipos e a sua organização, sendo eles, o processamento de informação, a percepção, atenção e memória. O processamento de informação é a sequência das actividades cognitivas nas quais a informação do mundo social é combinada com o conhecimento individual, para gerar uma interpretação ou representação mental (Brewer & Crano, 1994). É a partir deste processo, que a informação é percebida quando lhe prestamos atenção, permitindo a sua recepção, codificação, transformação e armazenamento na memória, para posterior recuperação e utilização (Castañon, 2006). O processamento de informação possui uma sequência de estágios que inclui: i) selecção e identificação da informação a ser processada, ii) interpretação da nova informação em função de conhecimentos prévios, iii) organização da informação, tal como é interpretadamente codificadas e iv) armazenamento na memória e v) recuperação da informação. Assim, o processamento de informação envolve elementos como a percepção, atenção e memória (Brewer & Crano, 1994). Através das experiências de Asch (1946), sobre o estudo da percepção na formação dos estereótipos, identificou-se o denominado efeito de *priming*, que preconiza, que a formação da percepção de determinadas categorias, é feita não só de modo automático e espontâneo, mas também, que essas estruturas são organizadas de acordo com as primeiras informações adquiridas pelo individuo (Marques, 1986). Assim, a percepção também envolve processos de categorização, em que tudo aquilo que é percebido é incluído numa categoria de objectos ou de acontecimentos (Brewer & Crano, 1994). A atenção é outro processo cognitivo que sofre influência do estereótipo. É ela que permite codificar e armazenar na memória as informações pertinentes, ignorando informações irrelevantes, actuando como um filtro que afasta o que é inconsistente com o estereótipo, processando as informações coerentes com o mesmo, mantendo-o ou fortalecendo-o (Santos, 2008). Assim, as nossas percepções tendem a confirmar os estereótipos, porque por exemplo, apenas identificamos como velhos, aqueles que

encaixam no estereótipo de velho (Palmore, 1999). Relativamente à memória, um modelo recente apresentado por Srull e Wyer (1989, cit in Ferreira, 2000), preconiza-a como uma rede associativa, segundo a qual, quando são atribuídos traços a uma determinada pessoa ou acontecimento, estes são armazenados na memória, servindo como uma matriz interpretativa dos acontecimentos sociais (Sedikides & Ostrom, 1988). Assim, as informações são organizadas, de forma a tornar as características de uma determinada categoria mais facilmente recuperadas na memória. Assim, os estereótipos influenciam a evocação de informações armazenadas na memória, influenciando o julgamento do alvo. Aqui, a confirmação do estereótipo, torna-se o fim mais provável (Santos, 2008). Assim, de acordo com esta teoria, a formação dos estereótipos e do preconceito, é devido a enviesamentos psicológicos responsáveis pelos erros no processamento de informação e dos julgamentos sociais (Pereira, Torres & Almeida, 2003, in Lopes, 2010).

Ao mencionar o conceito de estereótipo, é importante enquadrar o mesmo, dentro de um referencial teórico bem estruturado. Neste trabalho, o conceito de estereótipo surge inserido num outro conceito, mais global, o de imagem. No contacto com o meio ambiente que nos rodeia, os indivíduos são capazes de captar representações que permitem classificar e organizar os dados percebidos. Estas percepções recebidas pelos sentidos perduram na presença desses dados obtidos. Esta realidade fica assim armazenada através de imagens. Estas não constituem uma cópia fiel da realidade, pois estão susceptíveis a distorções, podendo ser influenciadas por factores de natureza física, social e psicológica (Sánchez, 1982). Segundo Ribeiro (2007, p.38), a imagem “*é um conjunto de conceitos e valores que as pessoas associam a determinada pessoa, objecto, produto ou instituição. Nesta definição, a imagem construída pela pessoa, aliada a um sistema de valores (cultura), exerce inevitavelmente influência na construção da percepção e do pensamento*”. Este autor preconiza ainda, que a imagem resulta de “*um comportamento, estereótipo, representação, ou de um mito*”. Relativamente ao envelhecimento, as imagens que a ele estão associadas, englobam comportamentos, representações, emoções, crenças e estereótipos que tendem a manifestar-se ao longo da vida, podendo ainda assumir formas de discriminação, como o Idadismo (Ribeiro, 2007). A utilização de imagens negativas sobre o envelhecimento tem portanto um papel importante na formação de atitudes negativas e estereótipos

relativamente à população idosa, e como consequência, afecta o tratamento social dado às pessoas idosas (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008, in Lopes, 2010).

Para Oliveira (2010), definir envelhecimento, não é fácil mas podemos ao menos, apontar algumas características mais frequentes que se imputam aos idosos: crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da auto-estima; dificuldade de adaptação a novos papeis e lugares, bem como as mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; atitudes infantis ou infantilizadas, como processo de mendigar carinhos, complexos diversos, como por exemplo a diminuição da libido e do exercício da sexualidade; tendência a depressão, a hipocondria ou somatização e mesmo tentações de suicídio; surgimento de novos medos (de incomodar, ser um peso ou estorvo, sobre carregar familiares, medo de solidão, de doenças e da morte); diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível cognitivo (da memória, linguagem, solução de problemas) conativo e motivacional, afectivo e personológico (cf. Richard e Mateev-Dirkx, 2004, in Oliveira 2010).

Berger (1995) identificou sete estereótipos relacionada aos idosos: o idoso visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutivo, necessita de ajuda, conservadora, igual a tofos os outros velhos, sofrendo de isolamento e de solidão (Oliveira, 2010). Também cf. Richard e Mateev-Dirkx, (2004) referem sete estereótipos importantes da velhice: equivalência entre velhice e doença, confusão entre o fisiológico e o patológico, confusão entre o normal e anormal, incapacidade de mudança do idoso (Oliveira, 2010). Stuart-Ramilton, 2002 refere que existe factores que agravam a imagem negativa que o idoso tem de si (auto estima e auto imagem) e frente aos outros, como a reforma, o casamento ou a viúves, as condições de saúde, a sexualidade, a família, a situação económica e financeira, o estatuto socio-económico e a identidade (Oliveira, 2010).

No geral, as imagens servem para generalizar as características que descrevem um grupo e os seus membros, tendo como principal função a diferenciação social entre os grupos, articulando-se com os fenómenos da identidade social, profissional, religiosa e política (Ribeiro, 2007). As imagens têm como funções principais fazer juízos sobre os outros, e prover informações que regulam as interacções com os outros (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). O conceito de imagens pode ser ainda caracterizado como: i) imagens mentais, que incluem estereótipos, percepções do “eu” e do “nós” e sobre os

“outros”; b) imagens sociais, envolvendo representações, comportamentos, discriminação atitudes e preconceitos e c) imagens culturais, que abrangem os mitos, crenças e *tabus* (Ribeiro, 2007, in Lopes, 2010).

3.4 Estudos sobre Imagens e estereótipos em relação aos idosos e envelhecimento

As investigações científicas sobre as imagens e estereótipos dos idosos, efectuadas particularmente desde o final da primeira metade do século XX, divulgaram que durante várias décadas existiram o predomínio de uma imagem negativa sobre o envelhecimento e as pessoas idosas, tendência esta, que foi contestada por diversos autores (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Motte e Tortosa, 2002 cit in Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010) in Vicente 2012. Carlos Magalhães (2010) investigou os estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança. A amostra para este estudo foi de 375 indivíduos, onde os resultados indicaram que existe um predomínio de estereótipos positivos sobre os idosos, indo assim ao encontro dos objectivos preconizados pelo Plano de Acção Internacional apresentado em 2002 na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, in Vicente 2012.

Num estudo com universitários, Dias e Silva (2003) procuraram evidenciar a perspectiva destes sobre os seus avós. Os resultados apontam para uma grande importância para com eles, atribuindo-lhes imagens de respeito, sabedoria e experiência, in Vicente 2012.

Também poderá igualmente ser verificado nos estudos encontrados a respeito desta temática. Segundo Oliveira (2008), uma outra imagem que se associa aos idosos é que eles gastam e não produzem e, referente a isto, o autor argumenta que se estes não produzem mais, é porque não se lhes tem dado uma oportunidade adequada. Expõe ainda a necessidade que existe em se usufruir dos reformados solicitando-os para tarefas onde se sintam competentes e proveitosos, como por exemplo, animar as crianças nos jardins-de-infância, tomar conta delas em casas particulares, fazer encontros com jovens para troca de experiências, os idosos mais novos animarem os mais velhos, visitarem os

doentes e muitas outras actividades que os façam melhorar a sua auto-estima (in Vicente, 2012).

Em estudos recentes, os dados revelam uma diminuição da distância na avaliação de grupos de idosos com jovens (Kite e Jonhson, 1988 cit in Sousa & Cerqueira, 2005). As pesquisas apontam para imagens multidimensionais em relação às pessoas idosas, sendo elas positivas, negativas e até neutras, havendo deste modo uma inconsistência e variabilidade nos resultados (Hummert, 1990; Sousa & Cerqueira, 2005; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Estes fundamentos vêm assim comprovar a heterogeneidade e complexidade dos estereótipos e das concepções relacionadas com o envelhecimento, falando-se assim de um carácter multidimensional do envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008) in Vicente, 2012.

Lehr (1977/1980 cit in Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2010) consultou diversificados estudos, europeus e norte-americanos entre 1950 e 1964, sobre a imagem das pessoas idosas e concluiu que a imagem assinala-se essencialmente com uma conotação negativa, fazendo ressaltar estereótipos e generalizações; e que é principalmente entre o jovens que esta imagem se salienta mais negativamente. Verificou ainda que com o aumento da idade da pessoa, aumenta também a percepção mais positiva acerca da imagem das pessoas idosas (in Vicente 2012).

Rodriguez e Postigo (2004 cit in Magalhães, 2010) efectuaram um estudo sobre os estereótipos juvenis acerca do envelhecimento com 530 jovens universitários que revelou não existir um predomínio de estereótipos negativos, mas sim uma tendência para uma imagem mais positiva acerca dos idosos, por parte dos jovens, verificando-se que os estereótipos positivos eram os mais compartilhados (in Vicente, 2012).

Geralmente os estudos encontrados, associam o idoso a dependência, solidão e doenças, a perdas biológicas, perda de laços familiares e do ritmo de trabalho (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000; Newman, Faux & Laurimer, 1997, cit in Lopes & Park, 2007). Em relação a outros estudos, surgem concepções que caracterizam os idosos como não sendo sociáveis, não gostam de se reunir, temem o futuro; são pessoas doentes, tomam muita medicação, têm raciocínios senis, não se preocupam com a sua aparência; são muito religiosos, são sensíveis e inseguros, não se interessam pela sexualidade, são frágeis e são na maioria, pobres. Mas também, surgem outras concepções positivas, em que se associa os idosos ao gostar de rir; jogar às cartas, conversar e contar as

recordações (Champagne & Frennet (S.d, cit in Castro, 2007) e como sendo símbolo de experiência e sabedoria (Pinquart, Wenzel & Sörensen, 2000) e (Newman, Faux & Laurimer, 1997, cit in Lopes & Park, 2007). Simões (1985), referiu ainda estudos realizados com sujeitos adultos, em que os estereótipos mais comumente identificados foram: *“doente, cansado, sem interesse pelo sexo, mentalmente lento, desmemoriado, menos apto para aprender coisas novas, rabugento, pouco sociável, autocompadecido, improdutivo e vivendo na pior idade da vida* (cit in Simões, 1985, p.208). Podem também ser referidos alguns estudos, que tiveram como objectivo a comparação das concepções sobre a velhice, entre indivíduos jovens e idosos. Um estudo realizado por Cornelia Hummel (2001 cit in Silva, 2006), com adultos (entre os 25 e os 40 anos), e sujeitos idosos, com idades compreendidas ente os 82 e 86 anos, indicou que só os indivíduos adultos definem velhice em termos de ganhos e perdas, destacando as perdas, mas associando a velhice a alguns ganhos, como a sabedoria, a serenidade, o tempo para viver a vida.

Estudos realizados com jovens e idosos, por sua vez, indicam que os idosos desenvolvem sobretudo uma concepção de velhice determinada por ganhos e perdas, enquanto os jovens (20-36 anos), apresentam concepções mais fatalistas, centradas sobretudo no declino (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989, cit in Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo, 1999, in Lopes, 2010).

PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO

Apresentação do Estudo

O processo de envelhecimento é um processo inevitável sendo, também, um constructo social, uma vez que é acompanhado de representações e imagens que acabam por o caracterizar (Ribeiro & Sousa, 2008). A velhice e o envelhecimento, tal como acontece com outros grupos e fenómenos é, frequentemente, objecto de estereótipos. Segundo Castro, 2007, cit. in Martins & Rodrigues, 1999) os estereótipos sobre idosos são imagens mentais muito simplificadas de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que são partilhados, nas suas características essenciais por um grande número de pessoas. Ou seja, trata-se de uma opinião feita ou uma “generalização” e simplificação de crenças acerca de um grupo de pessoas ou de objectos, podendo ser de natureza positiva ou negativa (Castro, 2007, cit.in Martins & Rodrigues).

Algumas investigações, referem que as imagens de velhice e de envelhecimento são, essencialmente, negativas, sendo os idosos vistos como conservadores, descuidados, pobres e deprimidos (e.g. Tukman & Lorge, 1952, cit in Ribeiro, 2007). Estas imagens seriam, segundo os autores, partilhadas por diferentes grupos sociais. Estudos mais recentes, defendem que coexistem imagens positivas, negativas e neutras, notando-se alguma inconsistência e variabilidade nos resultados Para Schmidt e Boland (1986) as imagens dos idosos dividem-se em duas polaridades, sendo uma positiva abrangendo o patriarca/matriarca liberal, a imagem do avô perfeito, de conservador e de sabedoria. E as imagens negativas são de pessimismo, vulnerabilidade, incapacidade moderada, incapacidade severa, miséria, reclusão, algazarra vagabundagem. Na mesma linha destes autores, também Hummert e colaboradores (1994) identificaram diferentes conotações associadas à velhice, algumas positivas como patriarca/matriarca liberal, avô perfeito, idade dourada e outras negativas como a incapacidade severa, miséria, inflexibilidade ou desânimo (Vicente, 2012). Esta tendência confirma, também, a grande heterogeneidade e complexidade dos estereótipos e concepções relacionadas com o envelhecimento, relacionada com a multidimensionalidade do envelhecimento (Ribeiro, 2007; Sousa, Cerqueira & Galante, 2008).

Conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento em estudantes universitários em relação aos idosos em São Vicente – Cabo Verde, torna-se pertinente, uma vez que o fenómeno do envelhecimento é, cada vez mais, alvo de grande interesse a nível mundial, implicando grandes desafios para todas as faixas etárias, nomeadamente para

os indivíduos em formação superior, criando expectativas e que venha a intervir ou a ter implicações nas pessoas idosas.

Objectivos da Investigação

Esta investigação, tem como principal objectivo conhecer as imagens e estereótipos dos jovens universitários perante os idosos em São Vicente – Cabo Verde

Os objectivos específicos da investigação são:

- Averiguar, se há diferenças em relação às imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes de diferente género.
- Analisar as imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes de diferentes cursos, diferentes anos;
- Comparar as imagens da velhice e envelhecimento de estudantes universitários de Cabo Verde provenientes do meio rural e do meio urbano.
- Comparar as imagens da velhice e envelhecimento de estudantes universitários de Cabo Verde que residem e que não residem com pessoas idosas.
- Averiguar se há diferenças em relação às imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes com e sem conteúdos formativos sobre envelhecimento no âmbito da sua formação académica;
- Analisar se há diferenças em relação às imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes com e sem estágios com pessoas idosas no âmbito da sua formação académica;
- Comparar as imagens da velhice e envelhecimento de estudantes universitários de Cabo Verde que tiveram e não tiveram experiências de voluntariado com pessoas idosas.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, onde foi realizada a análise estatística, assegurando a objectividade dos dados obtidos através da aplicação de escalas e questionários. O método descritivo possibilita caracterização das variáveis envolvidas neste estudo.

Método

Participantes

Participaram neste estudo, 200 estudantes universitários, de São Vicente Cabo Verde, sendo 143 (71,5%) do sexo feminino e 57 (28,5%) do sexo masculino (figura 1).

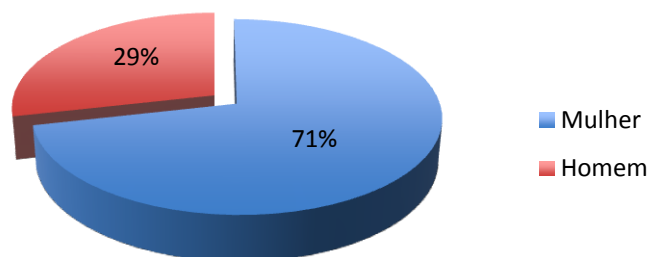


Figura 1: Género dos participantes no estudo (n=200)

Os participantes do estudo, apresentam idades compreendidas entre os 18 e 30anos. A média de idades dos sujeitos é de 22,87 anos (DP= 2,78). A media na é 22 anos de idade, e a moda é 21 anos. Dos estudantes universitários inquiridos, 20 alunos são do curso de Psicologia, 20 de Direito, 20 de Enfermagem, 20 de serviço social, 20 de Informática de Gestão, 20 de Engenharia de Sistemas em Informática, 20 de Ciências de Educação, 20 de Contabilidade e Administração, 20 de Turismo e 20 de Ciências Políticas e Relações Internacionais (CPRI), correspondente cada curso, a 10% da amostra. No que concerne ao ano do curso, dos 200 alunos inquiridos, 41 (20,5%) frequenta o primeiro ano, 53 (26,5%) o segundo ano 89 (44,5%), o terceiro ano, 15 (7,5%) o quarto ano e 2 (1,0%) o quinto ano. Em relação ao estado civil, 187 (93,5%) são solteiros, 4 (2,0%) vivem em união de facto, 7 (3,5%) são casados e 2 (1,0%) não responderam o estado civil a que vivem. Quanto ao local de proveniência, 48 (24,0%) é do meio rural, enquanto 152 (76,0%) é do meio urbano (Figura 2). Dos 200 jovens inquiridos, 44 (22,0%) afirmam residir com pessoas idosas, enquanto 156 (78,0%) afirmam não residir com idosos. (Figura 2). Dos 44 (22,0%), que declararam viver com idosos, 37 (18,5%) convive com um idoso, 6 (3,0%) com dois idosos e 1 (0,5 %) com mais de dois idosos. Dos sujeitos em estudo, ao serem inquiridos com que frequência se relaciona com pessoas idosas da sua família, 30 (15,0%) responderam que nunca, 42

(21,0%) menos de uma vez por semana, 34 (17,0%) uma vez por semana, 36 (18,0 %) duas vezes por semana e 58 (29,0%) todos os dias. Ao serem inquiridos com que frequência se relaciona com pessoas idosas que não são da sua família, 27 (13,5%) afirmam que nunca, 48 (24,0%) menos de uma vez por semana, 27 (13,5%) uma vez por semana, 45 (22,5%) duas a três vezes por semana e 53 (26,5%) todos os dias.

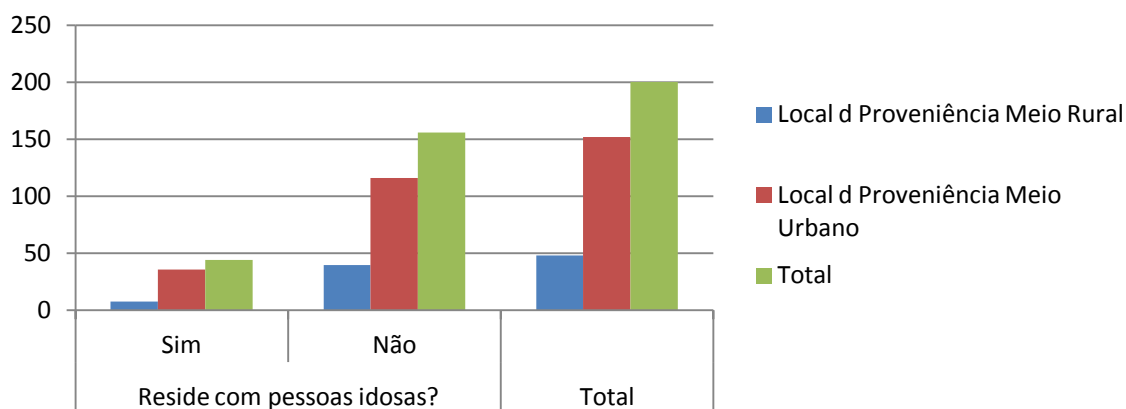


Figura 2: Local de proveniência dos estudantes e residência com pessoas idosas

Relativamente ao facto de terem ou não conteúdos sobre o envelhecimento no âmbito da sua formação no ensino superior, 150 (75,0%) responderam que não tiveram e 50 (25,0%) referiram que tiveram algum conteúdo sobre o envelhecimento no âmbito da sua formação académica. Dos 50 (25,0%) estudantes que responderam que tiveram conteúdos sobre envelhecimento: 32 (16,0%) foi através de unidade curricular ou disciplinas 18 (9,0 %). Dos 50 (25,0 %) que responderam que foi através de unidades curriculares ou disciplinas, ao serem inquiridos sobre quais áreas, 20 (10,0%) foi em psicologia de desenvolvimento, 22 (11,0%) em enfermagem de adulto e do idoso, 5 (2,5%) em psicologia comunitária e 3 (1,5%) em outra área qualquer. Dos 50 (25,0 %) que responderam que tiveram conteúdos sobre o envelhecimento durante a sua formação, duração, varia entre menos de 4 horas a mais de 12 horas: 25 (12,5%) menos de 4 horas, 9 (4,5%) entre 4 a 8 horas e 16 (8,0%) mais de 12 horas.

Em relação ao facto de ter feito algum tipo de estágio com pessoas idosas durante o curso, 23 (11,5%) dos inquiridos, responderam que sim e 177 (88,5%) responderam não. Dos 23 (11,5%) que afirmam ter feito ou estar a fazer algum tipo de estágio durante

o curso, 10 (5,0%) referem que a duração foi de um mês, 6 (3,0%) dois meses, 5 (2,5%) mais de dois meses e 2 (1,0%) outro.

Quanto ao facto de participarem em actividades de voluntariado com pessoas idosas, 30 (15,0%) dos alunos universitários afirmaram que sim e 170 (85,0%) não. Dos 30 (15,0%) que responderam sim quanto as actividades do voluntariado, 20 (10,0%) a duração foi de um dia, 5 (2,5%) uma semana, 3 (1,5%) mais que um mês e 2 (1,0%) outro.

Instrumentos

No âmbito deste presente estudo foram utilizados o Questionário sócio-demográfico e a Escala Images.

Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico foi adaptado a partir do questionário sócio-demográfico utilizado por Lopes (2010) no estudo sobre “Imagens e Estereótipos de Idosos e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados”. Este questionário inclui as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, local de proveniência e reside com pessoas idosas. O questionário contém ainda duas questões de respostas, formato tipo Likert, em que é pedido aos jovens para avaliarem de 1 a 5 a frequência que relaciona com pessoas idosas da sua família e que não são. No questionário são, ainda, apresentadas três questões em que se pergunta aos estudantes se tiveram conteúdos relacionados com o envelhecimento, algum tipo de estágio com idosos e se participaram em alguma actividade de voluntariado com idosos durante a sua formação superior.

Escala Images

A Escala Images foi desenvolvida por Sousa, Cerqueira e Galante (2002) e tem como objectivo avaliar as imagens sociais da velhice e do envelhecimento em diferentes faixas etárias (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002). A Escala Images é uma escala desenvolvida para a população portuguesa, destinada a jovens (13-27 anos de idade),

adultos (33-47 anos de idade), “jovens- idosos” (53- 67 anos de idade) e “muito idosos” (73- 87 anos de idade) (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008, cit. in Lopes, 2010).

Considerando o forte componente social das imagens estudadas, os autores desta escala optaram por desenvolver a mesma de raiz, e não pela aferição de instrumentos criados noutros contextos temporais, sociais e culturais, facto que poderia influenciar os resultados. Assim, este instrumento foi construído em várias etapas.

Inicialmente foi efectuada uma recolha de itens baseada na revisão da literatura e de diversos instrumentos que privilegiassem o estudo de imagens, estereótipos, atitudes ou crenças em relação à velhice e ao envelhecimento, tanto nacionais como internacionais (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008, cit. in Lopes, 2010). Os itens obtidos através da análise efectuada foram organizados num questionário com respostas de tipo likert de 5 pontos (1- discordo totalmente, 2- discordo, 3- não concordo nem discordo, 4- concordo, 5- concordo totalmente) (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008; Ribeiro, 2007, in Lopes (2010) e Pinto (2012).

Esta escala era, inicialmente, composta por 146 itens que foram depois aplicados em dois momentos a duas amostras por conveniência com o objectivo de eliminar os itens que, por um lado representassem a mesma ideia e por outro fossem pouco compreensíveis. Posterior a esta análise observou-se a necessidade de remoção de vários itens, resultando numa Escala total de 32 (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008, in Lopes (2010) e Pinto (2012)).

Por fim, estudou-se a estrutura factorial da escala, tendo-se analisado os itens em componentes principais (rotação varimax) onde se obtiveram quatro factores (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Note-se que três dimensões mostram características negativas (factores 1, 2 e 4) e apenas um tem uma natureza positiva (factor 3) (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008, in Lopes, 2010)

Análise das características psicométricas da escala Images no âmbito deste estudo

Sensibilidade

A sensibilidade dos itens foi avaliada pelas medidas de assimetria (sk) e curtose (ku). A Tabela 5 apresenta os valores das medianas, mínimo, máximo e medidas de assimetria

(sk) e curtose (ku) em relação aos itens que formam a Escala Images. Os factores obtidos podem ser verificados na tabela 5.

Tabela 5. Mediana, mínimo, máximo e medidas de assimetria (sk) e curtose(Ku).

Item	<i>Me</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>
It 1	2,00	0,640	0,419	1	5
It 2	4,00	-1,312	1,943	1	5
It 3	1,00	1,150	1,185	1	5
It 4	3,00	-0,10	-0,644	1	5
It 5	3,00	0,077	-0,717	1	5
It 6	3,00	-0,244	-0,860	1	5
It 7	4,00	-0,549	-0,40	1	5
It 8	1,50	1,261	1,669	1	5
It 9	2,00	0,336	-0,217	1	5
It 10	2,00	0,343	-0,530	1	5
It 11	1,00	1,411	2,540	1	5
It 12	2,00	0,795	0,139	1	5
It 13	3,00	-0,302	-0,793	1	5
It 14	2,00	0,265	-0,609	1	5
It 15	2,00	0,587	-0,355	1	4
It 16	2,00	0,494	-0,430	1	5
It 17	1,00	1,362	1,933	1	5
It 18	3,00	0,142	-0,566	1	5
It 19	3,00	-0,578	-0,503	1	5
It 20	1,50	1,309	1,198	1	5
It 21	4,00	-0,846	0,246	1	5
It 22	4,00	-1,255	1,933	1	5
It 23	4,00	-0,602	-0,756	1	5
It 24	5,00	0,138	0,836	3	7
It 25	1,00	2,704	10,253	1	7
It 26	4,00	0,366	0,369	3	7
It 27	4,00	0,340	0,075	3	7
It 28	4,00	0,700	1,298	3	7
It 29	4,00	0,382	-0,651	3	7
It 30	3,00	-0,227	-0,038	1	5
It 31	2,00	0,203	-0,672	1	5
It 32	5,00	0,122	0,154	3	7

Segundo Kline (1998) os itens com valores absolutos de curtose superior a 3 ou de achatamento superiores a 7 comprometem a sensibilidade da escala, sendo, por conseguinte, eliminado o item 25 “uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa” devido ao valor de $Ku = 10,253$.

Validade Factorial

Para a análise factorial, começou-se por calcular o KMO, que é uma medida de adequação a este procedimento, tendo-se obtido um valor de $KMO = 0,811$, que é considerado muito bom (esta estatística varia entre 0-1, apresentando maior adequado quanto mais próximo de 1 o valor obtido). Tendo em conta este valor, passou-se à Análise Factorial Exploratória, que seria recomendada tendo em conta as eventuais diferenças esperadas, dadas as características socioculturais de Cabo Verde que poderiam determinar diferenças organizações factoriais da validação portuguesa. No entanto, esta exploração factorial resultou em 8 factores distintos, sendo a variância explicada de cada um deles muito reduzido. Aliado a este facto, observou-se o scree-plot que recomendou a extracção de apenas 4 factores.

Assim sendo, procedeu-se à análise factorial fixando 4 factores, por análise dos componentes principais e rotação Varimax. Os factores (ou dimensões) produzidos foram os seguintes: (1) Tristeza, doença, pobreza e inutilidade; (2) Défice, dependência e personalidade difícil; (3) Inactividade, dores, viver do passado e infantilização; (4) Maturidade, Actividade e Afectividade. Na tabela 6 podem ser observados os valores relativos ao peso de cada item para cada dada dimensão.

Tabela 6. Pesos factoriais obtidos por análise dos componentes principais e rotação Varimax e consistência interna (α de Cronbach) dos factores.

Itens	Factores			
	Tristeza, doença, pobreza e inutilidade	Défice, dependência e personalidade difícil	Inatividade, dores, viver do passado e infantilização	Maturidade, Atividade e Afetividade
It 1		0,394		
It 2			0,204	
It 3	0,480			
It 4	0,428			
It 5			0,309	
It 6			0,556	
It 7			0,535	
It 8	0,436			
It 9		0,404		
It 10		0,528		
It 11	0,649			
It 12	0,551			
It 13			0,520	
It 14	0,503			
It 15		0,579		
It 16		0,589		
It 17	0,573			
It 18		0,452		
It 19		0,401		
It 20	0,646			
It 21			0,729	
It 22			0,715	
It 23			0,487	
It 24				0,562
It 26				0,497
It 27				0,728
It 28				0,678
It 29				0,583
It 30		0,590		
It 31		0,668		
It 32				0,690
Alpha de Cronbach	0,724	0,765	0,686	0,723

Tabela 7. Itens dos factores da Escala Images no âmbito desta investigação realizada em Cabo Verde

Factor 1: Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade
4 – A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão)
3 – Uma pessoa velha é triste e amargurada
8 – Uma pessoa velha geralmente é pobre ~
11 – Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor)
12 – Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)
14 – Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda
17 – As pessoas velhas são todas iguais
20 – Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros
Factor 2: Défice, Dependência e Personalidade Difícil
1 – Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico
9 – Uma pessoa velha tem um discurso incoerente
10 – Uma pessoa velha não admite os seus erros
15 – Uma pessoa velha é egoísta
16 – Uma pessoa tem pouca criatividade
18 – Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias
19 – A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas
30 – Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros
31- Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta e teimosa.
Factor 3: Inactividade, Dores, Viver do Passado e Infantilização
2 – A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)
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
13 – A velhice é uma segunda infância
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
Factor 4: 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

Fiabilidade

A fiabilidade dos 4 factores encontrados para a escala Images com a população deste estudo foi estimada pelo α de Cronbach. Segundo os critérios de DeVellis, tratam-se de valores bons ($>0,70$) e razoáveis ($>0,60$), que aliados ao facto de o valor obtido para o total da escala (Alpha de Cronbach = 0,858) nos indicam que a escala é fiável, ou seja, mede o que se propõe medir com confiança.

Atendendo ao facto da instrução em Cabo Verde ser o Português Europeu, de se utilizar como língua de referência, de ser a língua oficial do país e de, em termos de utilização de instrumentos de avaliação, ser norma a utilização de instrumentos em português europeu, considerou-se que seria adequado optar-se pela utilização da Escala Images (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008). Além disso, o processo de adaptação da escala exigiria, também, outra dimensão da amostra, que não seria viável recolher no âmbito deste estudo que pretende conhecer as imagens da velhice e do envelhecimento em estudantes universitários de Cabo Verde. Foi analisada a consistência interna da escala ImAges, através do *Alpha de Cronbach*. Os resultados podem ser observados na Tabela 7. Dado valor observado em relação ao factor 4, considerado inaceitável segundo DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage Publications. Optou-se por não analisar o mesmo.

Procedimentos

Este estudo foi desenvolvido com estudantes universitários da ilha de São Vicente, República de Cabo Verde que fica situado a 500 km da costa Ocidental Africana. A recolha de dados foi efectuada entre Junho de 2012 e Maio de 2014.

Após a elaboração do plano de trabalho, foram solicitadas pedidos de autorização aos Reitores das Universidades em São Vicente – Cabo Verde, nomeadamente: Universidade do Mindelo (Uni-Mindelo), Instituto Superior de Ciências Económicas e Empresariais (ISCEE), Universidade de Cabo Verde (Uni-CV), Universidade Lusófona (UL) e Universidade Jean Piaget, uma vez que a amostra seria recolhida nessas Universidades. Após autorização das instituições contactadas, iniciou-se o contacto com os sujeitos.

Antes da aplicação dos instrumentos, foram explicados aos sujeitos, os objectivos do estudo e foi assegurado o livre consentimento para a participação no estudo. Foi sempre assegurada a confidencialidade e o anonimato, tendo sido explicado que não existiam respostas certas ou erradas e que era importante responderem a todas as questões. Em relação à Escala Images (Sousa, Cerqueira & Galante, 2008) procedeu-se ao contacto com os autores desta escala), que autorizaram a utilização da mesma. A seguir foi feito um pré-teste, num grupo de 12 estudantes universitários, que não revelaram nenhuma dificuldade na compreensão das perguntas. A aplicação dos instrumentos foi realizada com a ajuda dos professores dos respectivos cursos, que disponibilizaram algum tempo, para os estudantes responderem às questões. Após recolha e compilação dos dados, fez-se uma análise dos mesmos.

Análise estatística

A análise dos dados foram realizados com o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Statistics 17.0) for 7 Ultimate. Inicialmente fez-se a construção da base de dados, e foram calculadas as estatísticas descritivas para caracterização da amostra deste estudo, nomeadamente o cálculo das frequências, média, desvio padrão, valores mínimo e máximo.

Foram analisadas as características psicométricas da escala ImAges no âmbito deste estudo que revelou uma estrutura factorial da escala diferente em relação à versão da encontrada com a população Portuguesa. Foi, a seguir, analisada a consistência interna da escala ImAges e seus factores, através da Alpha de Cronbach (α), que é a medida de fiabilidade interna do instrumento. Para ser possível calcular o Alpha de Cronbach da escala total, foram invertidos os itens em sentido inverso. Isto significa que, ao interpretar o factor 4, a interpretação seja contrária. Ou seja, pontuações mais altas, significam, também uma imagem menos positiva (apesar da dimensão ser positiva). O factor Alpha de Cronbach (α) é uma escala que varia de 0 e 1, e pode-se referir que, quanto mais elevado for as correlações entre os itens do instrumento, maior é a sua homogeneidade dos itens e também maior é a consistência interna da escala. Quanto menor for a variabilidade dos itens na mesma amostra mais o coeficiente se aproxima de um, significando que mais consistente e fiável é o instrumento (Maroco & Garcia-Marques, 2006). É considerado que um alfa inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre

0,80 e 0,70 é muito bom e quanto maior ou igual a 0,90 é considerado excelente (DeVilles, 1991).

A seguir, com base na utilização de estes paramétricos, dada a dimensão da amostra, utilizou-se o teste *t de student* para se averiguar a existência de diferenças entre dois grupos independentes e a ANOVA para a análise das diferenças das médias de mais de dois grupos independentes.

Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância $p \leq 0.05$.

Resultados

Relativamente à comparação de médias obtidas na escala ImAges e seus factores entre estudantes do género feminino e masculino, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, como se pode observar na Tabela 8.

Tabela 8 Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento em estudantes do género masculino e feminino (N= 200)

	N	Média	Desvio	Df	T	p
			Padrão			
Escala Images Pontuação						
Total						
Feminino	143	2,98	0,42	198	0,793	0,429
Masculino	57	2,93	0,35			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade						
Feminino	143	1,99	0,57	198	0,185	0,853
Masculino	57	1,97	0,48			
Défice, dependência e personalidade difícil						
Feminino	143	2,42	0,57	198	-0,058	0,954
Masculino	57	2,43	0,48			
Inactividade, dores, viver do passado e infantilização						
Feminino	143	3,51	0,63	198	1,444	0,150
Masculino	57	3,37	0,49			
Maturidade, Actividade e Afectividade						
Feminino	143	3,98	0,55	198	0,649	0,517
Masculino	57	3,93	0,55			

Quanto à comparação de médias entre estudantes de diferentes cursos, relativamente a Escala Imagens Pontuação Total, os dados obtidos indicam que os alunos do curso de Contabilidade e Administração, apresentam mais imagens e estereótipos em relação aos idosos com uma média de 3,12 (DP= 0,37), seguido dos de Direito, com uma média semelhante de 3,07 (DP= 0,25), depois aparecem os alunos do Serviço social de 3,05 (DP= 0,42) e logo de seguida, os alunos de Informática de Gestão, com uma média semelhante de 3,02 (DP= 0,36) e com a mesma similitude o curso de Engenharia de Sistemas e Informática com uma média de 3,00 (DP= 0,29).

Com uma média de 2,98 (DP= 0,32) encontramos os alunos do curso de Ciências de Educação, seguido dos alunos do curso de Ciências Políticas e Relações Internacionais com média de 2,92 (DP= 0,46), logo após vem os de Enfermagem com a média de 2,84 (DP= 0,53) e com a mesma média, os de Turismo, com 2,84 (DP= 0,53) e finalmente os alunos do curso de Psicologia com uma média de 2,76 (DP= 0,48). Estes dados apontam que estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(1,724)=9,190; p=0,086$).

Quanto à comparação de médias entre estudantes de diferentes cursos, relativamente ao Factor 1:Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade, os dados indicam que os alunos do curso de Contabilidade e Administração, apresentam mais imagens e estereótipos em relação aos idosos com uma média de 2,17 (DP= 0,58), seguido dos de Direito, com uma média semelhante de 2,16 (DP= 0,50), depois aparecem os alunos do Serviço social de 2,10 (DP= 0,53) e logo de seguida, os alunos de Informática de Gestão, com uma média de 2,05 (DP= 0,51) e com média de 1,98 (DP =0,63) o curso de Enfermagem seguido dos de Engenharia de Sistemas e Informática com uma média de 1,97 (DP= 0,40). Com uma média de 1,94 (DP= 0,50) encontramos os alunos do curso de Ciências de Educação, seguido dos alunos do curso de Turismo com média de 1,91 (DP= 0,59), logo após vem os de Ciências Políticas e Relações Internacionais com média de 1,85 (DP= 0,61), e por último os alunos do curso de Psicologia com uma média de 1,71 (DP= 0,50). Estes dados apontam que estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(1,285)=9,190; p=0,197$).

Quanto ao Factor 2 Défice, Dependência e Personalidade Difícil, os resultados obtidos demonstram as diferenças não são estatisticamente significativas entre os cursos ($F=1,875=9,190; p=0,58$). O curso com maior média 2,66 (DP= 0,52) é o de Contabilidade e Administração seguido de Engenharia de sistemas e informática ($M=2,57; DP= 0,51$)

e com a mesma média o de Serviço Social, 2,57 (DP= 0,61) e logo após o de Direito com média de 2,51 (DP= 0,47), depois Informática de Gestão com a média de 2,48 (DP= 0,54), Ciências da Educação com uma média de 2,47 (DP= 0,32), Ciências Políticas e Relações Internacionais (M=2,36; DP=0,70, procedido de Turismo (M = 2,23;DP=0,55). Os resultados indicam que os alunos do curso de Psicologia (M =2,22;DP =0,65) e Enfermagem (M =2,20; DP =0,40), que apresentam menos imagens e estereótipos, associados a este factor.

Quanto ao Factor 3 Inactividade, dores, viver do passado e infantilização, comparando com o curso que frequenta, verificamos que os alunos de Engenharia de Sistemas e Informática com uma média de 13,68 (DP= 0,39) e com mesma média os de Ciências de Educação 3,68 (DP= 0,51) são os que têm mais imagens e estereótipos dos idosos seguido de Serviço Social 3,59 (DP= 0,63), Ciências Políticas e Relações Internacionais (M=3,51;DP= 0,70), Informática de Gestão com uma média de 3,47 (DP= 0,50), Contabilidade e Administração (M =3,68;DP= 0,49), Turismo com uma média de 3,31 (DP= 0,70), Psicologia (M=3, 23, DP= 0,75), Enfermagem (M=3,17 (DP= 0,52). O curso que possui menos imagens e estereótipos, é o de Direito com uma média de 3,62 (DP= 0,50). Estas diferenças são estatisticamente significativas (F=1,988=9;190 p = 0,043).

Em relação ao factor 4, Maturidade, Actividade e Afectividade e comparando com o curso que frequenta, averiguamos que os alunos de Contabilidade e Administração (M =4,22;DP= 0,38), Informática de Gestão com uma média de 4,08 (DP= 0,51), e Enfermagem (M=4,00 (DP= 0,58) são aqueles que possuem mais imagens e estereótipos dos idosos seguido dos de Direito 3,99 (DP= 0,65), Ciências Políticas e Relações Internacionais (M=3,97;DP= 0,48), Serviço social (M=3,95 (DP= 0,65), Turismo com uma média de 3,92 (DP= 0,66), Psicologia 3,88 (DP= 0,59), Ciências de Educação (M =3,85;DP= 0,45). O curso que possui menos imagens e estereótipos, é o de Engenharia de Sistemas e Informática com uma média de 3,79 (DP= 0,37). Podemos verificar que não existe diferença estatisticamente significativa entre os cursos no que concerne a este factor. (F=1,015=9;190 p = 0,429). Os resultados podem ser verificados na tabela 9.

Tabela 9. Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento em estudantes de diferentes cursos (N= 200)

	N	Média	Desvio Padrão	DF(B;W)	F	p
Escala Images Pontuação Total				9;190	1,724	0,086
Psicologia	20	2,76	0,48			
Direito	20	3,07	0,25			
Enfermagem	20	2,84	0,39			
Serviço Social	20	3,05	0,42			
Informática de gestão	20	3,02	0,36			
Engenharia de sistemas e informática	20	3,00	0,29			
Ciências da Educação	20	2,98	0,32			
Contabilidade e administração	20	3,12	0,37			
Turismo	20	2,84	0,53			
CPRI	20	2,92	0,46			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				9;190	1,285	0,197
Psicologia	20	1,71	0,50			
Direito	20	2,16	0,50			
Enfermagem	20	1,98	0,63			
Serviço Social	20	2,10	0,53			
Informática de gestão	20	2,05	0,51			
Engenharia de sistemas e informática	20	1,97	0,40			
Ciências da Educação	20	1,94	0,50			
Contabilidade e administração	20	2,17	0,58			
Turismo	20	1,91	0,59			
CPRI	20	1,85	0,61			
Défice, dependência e personalidade difícil				9;190	1,875	0,58

Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação
 Imagens da Velhice e do Envelhecimento em Estudantes Universitários de São Vicente – Cabo Verde

Psicologia	20	2,22	0,65			
Direito	20	2,51	0,47			
Enfermagem	20	2,20	0,40			
Serviço Social	20	2,57	0,61			
Informática de gestão	20	2,48	0,54			
Engenharia de sistemas e informática	20	2,57	0,51			
Ciências da Educação	20	2,47	0,32			
Contabilidade e administração	20	2,66	0,52			
Turismo	20	2,23	0,55			
CPRI	20	2,36	0,70			
Inactividade, dores, viver do passado e infantilização				9;190	1,988	0,043
Psicologia	20	3,23	0,75			
Direito	20	3,62	0,50			
Enfermagem	20	3,17	0,52			
Serviço Social	20	3,59	0,63			
Informática de gestão	20	3,47	0,50			
Engenharia de sistemas e informática	20	3,68	0,39			
Ciências da Educação	20	3,68	0,51			
Contabilidade e administração	20	3,42	0,49			
Turismo	20	3,31	0,70			
CPRI	20	3,51	0,70			
Maturidade, Actividade e Afectividade				9;190	1,015	0,429
Psicologia	20	3,88	0,59			
Direito	20	3,99	0,65			
Enfermagem	20	4,00	0,58			
Serviço Social	20	3,95	0,65			

Informática de gestão	20	4,08	0,51
Engenharia de sistemas e informática	20	3,79	0,37
Ciências da Educação	20	3,85	0,45
Contabilidade e administração	20	4,22	0,38
Turismo	20	3,92	0,66
CPRI	20	3,97	0,48

Em relação a comparação das médias dos alunos dos diferentes anos e a Escala ImAges Pontuação Total, os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas a nível global ($F(2,360=3;196; p=0,073)$). São os alunos do 4º e 5º ano ($M=3,94; DP=0,41$) é que apresentam mais imagens estereótipos sobre o envelhecimento seguido os de 2º ano ($M=3,08; DP=0,34$), os do 3º ano ($M=2,92; DP=0,37$) e finalmente com menos imagens e estereótipos os do 1º ano ($M=2,89; DP=0,50$).

Relativamente aos resultados da comparação das médias entre estudantes de diferentes anos, no que diz respeito ao Factor 1, Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade, são os alunos do 2º ano ($M= 2,12; DP= 0,28$) que apresentam mais imagens e estereótipos referentes a pessoa idosa como, tristes e inúteis, comparativamente com os alunos do 3º ano ($M= 1,96; DP= 0,54$) que apresenta uma média semelhante alunos do 1º ano ($M= 1,94; DP= 0,61$) e finalmente os do 4º e 5º ano ($M= 1,80; DP= 0,57$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(1,974= 3;196); p= 0,119$).

Para o Factor 2, Défice, Dependência e Personalidade Difícil os resultados da comparação das médias entre estudantes de diferentes anos, são os alunos do 2º ano ($M= 2,58; DP= 0,47$) e de forma similar, os do 4º e 5º ano ($M= 2,57; DP= 0,67$), que apresentam mais imagens e estereótipos referentes a pessoa idosa como dependente, procedido dos de terceiro ano ($M= 2,36; DP= 0,48$) e finalmente os do 1º ano ($M= 2,32; DP= 0,67$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($F(2,753= 3;196); p= 0,044$).

Quanto ao factor 3, Inactividade, Dores, Viver do Passado e Infantilização, os resultados da comparação das médias entre estudantes de diferentes anos, são os alunos do 2º ano ($M= 3,64; DP= 0,66$) que apresentam mais imagens e estereótipos referentes a pessoa idosa como inactiva, seguidos alunos do 1º ano ($M= 3,44; DP= 0,67$) e

semelhantemente os alunos do 4º e 5º ano ($M= 3,42$; $DP= 0,56$) e finalmente os do 3º ($M= 3,40$; $DP= 0,58$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($F(1,958= 3;196)$; $p = 0,122$).

Para o factor 4, Maturidade Actividade e Afectividade, os resultados demonstra que são os alunos do 2º ano ($M= 4,00$; $DP= 0,54$) e os do 4º e 5º ($M= 4,00$; $DP= 0,53$) ano com a mesma média, que apresenta mais imagens e estereótipos do idosos como imaturo e inactivo, seguido dos 3º ano ($M= 3,97$; $DP= 0,50$) e com menos imagens e estereótipos os alunos do 1º ano ($M= 3,89$; $DP= 0,66$). No entrando não se verifica diferenças estatisticamente significativas ($F(0,352= 3;196)$; $p = 0,788$). Os resultados estão na tabela 10.

Tabela 10. Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento entre estudantes de diferentes anos ($N=200$)

	N	Média	Desvio Padrão	DF (B;W)	F	p
Escala Imagens Pontuação Total				3;196	2.360	0.073
1º Ano	41	2.89	0.50			
2º Ano	53	3.08	0.34			
3º Ano	89	2.92	0.37			
4º e 5º Ano	17	3.94	0.41			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				3;196	1.974	0.119
1º Ano	41	1.94	0.61			
2º Ano	53	2.12	0.48			
3º Ano	89	1.96	0.54			
4º e 5º Ano	17	1.80	0.57			
Défice, dependência e personalidade difícil				3;196	2.753	0.044
1º Ano	41	2.32	0.67			
2º Ano	53	2.58	0.47			
3º Ano	89	2.36	0.48			
4º e 5º Ano	17	2.57	0.67			

Inactividade, dores, viver do passado e infantilização				3;196	1.958	0.122
1º Ano	41	3.44	0.67			
2º Ano	53	3.64	0.54			
3º Ano	89	3.40	0.58			
4º e 5º Ano	17	3.42	0.56			
Maturidade, Actividade e Afectividade				3;196	0.352	0.788
1º Ano	41	3.89	0.66			
2º Ano	53	4.00	0.54			
3º Ano	89	3.97	0.50			
4º e 5º Ano	17	4.00	0.53			

Quanto à proveniência dos estudantes, na Escala Images Pontuação Total, verificamos que os alunos da zona rural apresentam uma média superior ($M = 3.02$; $DP=0,38$) em relação aos do meio urbano ($M = 2,92$; $DP=0,41$), no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t=1.103=198$; $p=0,271$).

Quanto ao Factor 1, Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade, tantos os estudantes que habitam na zona rural ($M= 1.98$; $DP=0,56$), como os urbanos ($M= 1,98$; $DP=0,54$) apresentam a mesma média, não sendo, obviamente, as diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,067$) = 198; $p = 0,947$).

Em relação ao Factor 2, Défice, Dependência e Personalidade Difícil também não se observam diferenças estatisticamente significativas ($t (-0,176) = 198$; $p = 0,860$). A análise dos resultados indica que os alunos do meio urbano apresentam uma média de 2,43 ($DP= 0,56$), ligeiramente mais alta de imagens e estereótipos do idoso como sendo dependente, enquanto os alunos que residem em contexto rural tem uma média de 2,41 ($DP= 0,52$). Esses resultados não estatisticamente significativos.

Em relação ao Factor 3, Inactividade, dores, viver do passado e Infantilização, nota-se que os estudantes que habitam no meio rural, apresentam uma média de 3,57 ($DP= 0,55$) superior aos estudantes do meio urbano ($M= 3,44$; $DP= 0,60$) sendo assim, e em relação a dimensão avaliada os alunos do meio rural possuem um pouco mais de imagens e estereótipos de inactividade inerentes à pessoa idosa. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t = 1,304$) =198; $p = 0,194$).

Para o factor 4, Maturidade, actividade e Afectividade, veja-se que os alunos da zona rural mostram mais imagens e estereótipos com uma média (M= 4,10; DP= 0,50) do que os alunos da zona urbana com uma média de 3,92; DP= 0,55) Nota-se que mesmo as diferenças não sendo estatisticamente significativas, aproximam muito. Os resultados estão na tabela 11.

Tabela 11. Resultados para a comparação das imagens da velhice e envelhecimento entre estudantes de zonas rurais e urbanas (N=200)

Factor	N	Média	Desvio Padrão	Df	t	p
Escala Images Pontuação Total				198	1.103	0.271
Zona Rural	48	3.02	0.38			
Zona Urbana	152	2.94	0.41			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				198	0.067	0.947
Zona Rural	48	1.98	0.56			
Zona Urbana	152	1.98	0.54			
Défice, dependência e personalidade difícil				198	-0.176	0.860
Zona Rural	48	2.41	0.52			
Zona Urbana	152	2.43	0.56			
Inactividade, dores, viver do passado e infantilização				198	1.304	0.194
Zona Rural	48	3.57	0.55			
Zona Urbana	152	3.44	0.60			
Maturidade, Actividade e Afectividade				198	1.965	0.051
Zona Rural	48	4.10	0.50			
Zona Urbana	152	3.92	0.55			

Comparando os resultados para a Escala Images Pontuação total e a variável reside ou não com pessoas a média dos que afirmam que sim ($M= 2,97$; $DP= 0,41$) é semelhante aos que afirmam que não ($M= 2,96$; $DP= 0,40$). Os dados obtidos não são estatisticamente significativos ($t = 0,88$) =198; $p = 0,930$).

Observando a variável Reside com pessoas idosas, em relação ao Factor 1, verifica-se que os estudantes que responderam sim apresentam uma média de 1,99 ($DP= 0,57$) semelhante aos que responderam não ($M= 1,98$; $DP= 0,5$). Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,050$ =198; $p = 0,960$).

Quanto ao Factor 2, Défice, Dependência e Personalidade Difícil, e a variável Reside com pessoas idosas, nota-se que os estudantes que responderam sim apresentam mais imagens e estereótipos em relação aos idosos com uma média de 2,50 ($DP= 0,60$) e os que responderam não possuem menos imagens e estereótipos com uma média de 2,40 ($DP= 0,53$). Observa-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t=1,089$ =198; $p = 0,277$).

No que concerne ao Factor 3, Inactividade, dores, viver do passado e infantilização e a mesma variável também, não verifica-se resultados estatisticamente significativos ($t = 0,731$ =198; $p = 0,465$). De forma mais detalhada, observa-se que os alunos que responderam sim, apresentam uma média de 3,53 ($DP=0,63$) possuindo assim mais imagens e estereótipos do idoso em relação aos que responderam não ($M= 3,45$; $DP= 0,58$).

Quanto ao Factor 4, Maturidade, Actividade e Afectividade, e a variável Reside com pessoas idosas, verifica-se que os estudantes que responderam não apresentam mais imagens e estereótipos em relação aos idosos com uma média de 4,00 ($DP= 0,55$) e os que responderam sim possuem menos imagens e estereótipos com uma média de 3,84 ($DP=0,53$). Consta-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t=0,093$ =198; $p = - 0,156$). Os resultados podem ser vistos na tabela 12.

Tabela 12. Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes que residem e que não residem com pessoas idosas (n=200)

	N	Média	Desvio Padrão	Df	t	p
Escala Images Pontuação Total				198	0.88	0.930
Residem com pessoas idosas	44	2.97	0.41			
Não residem com pessoas idosas	156	2.96	0.40			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				198	0.050	0.960
Residem com pessoas idosas	44	1.99	0.57			
Não residem com pessoas idosas	156	1.98	0.54			
Défice, dependência e personalidade difícil				198	1.089	0.277
Residem com pessoas idosas	44	2.50	0.60			
Não residem com pessoas idosas	156	2.40	0.53			
Inatividade, dores, viver do passado e infantilização				198	0.731	0.465
Residem com pessoas idosas	44	3.53	0.63			
Não residem com pessoas idosas	156	3.45	0.58			
Maturidade, Actividade e Afectividade				198	0.093	-
						0.156
Residem com pessoas idosas	44	3.84	0.53			
Não residem com pessoas idosas	156	4.00	0.55			

Passando agora para os dados da Escala Images Pontuação Total e a variável onde os alunos respondem se tiveram ou não conteúdos sobre o envelhecimento presencia que os alunos que não tiveram conteúdos sobre o envelhecimento tem uma média um pouco superior (M= 2,99; DP= 0,38), em relação aos que tiveram conteúdos com média 2,88; DP= 0,45), mas os resultados não são estatisticamente significativas (t = 1,71= 198; p = 0,089).

Quanto à comparação das imagens de envelhecimento entre alunos com e sem conteúdos de envelhecimento, em relação ao Factor 1, Tristeza, doença, pobreza e inutilidade verifica-se que os estudantes que não tiveram conteúdos sobre o envelhecimento, apresentam mais imagens e estereótipos ($M=1,99$; $DP=0,54$), comparativamente com os que tiveram conteúdos sobre o envelhecimento ($M= 1,95$; $DP= 0,57$), não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,449= 198$; $p = 0,654$).

Quanto ao Factor 2 Défice, dependência e personalidade difícil e a mesma variável, nota-se que os estudantes que não estudaram conteúdos sobre o envelhecimento, apresentam mais imagens e estereótipos com uma média de 2,47 ($DP= 0,53$), e aqueles que tiveram conteúdos do envelhecimento têm menos imagens e estereótipos ($M= 2,29$; $DP=0,57$). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($t = 1,970=198$; $p = 0,05$) mas aproxima consideravelmente.

Focando o Factor 3, Inactividade, dores, viver do passado e infantilização e a variável acima citada, observa-se que a média dos estudantes que não tiveram conteúdos sobre o envelhecimento ($M= 3,52$; $DP= 0,55$) são ligeiramente superior dos que os que tiveram conteúdos ($M= 3,31$; $DP= 0,68$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($t = 2,235= 198$; $p = 0,027$).

Analisando o factor 4, Maturidade, Actividade e Afectividade e a mesma observa-se que a média dos estudantes que não tiveram conteúdos sobre o envelhecimento ($M= 3,97$; $DP= 0,52$) são ligeiramente superior dos que os que tiveram ($M= 3,95$; $DP= 0,60$). Esses resultados não são estatisticamente significativos ($t = 0,199= 198$; $p = 0,843$). Os resultados podem ser observados na tabela 13.

Tabela 13. Resultados para a comparação das imagens e estereótipos da velhice e do envelhecimento entre estudantes que tiveram e que não tiveram conteúdos sobre envelhecimento no ensino superior (N=200).

Factor	N	Média	Desvio Padrão	Df	T	p
Escala Images Pontuação Total				198	1.71	0.089
Sem conteúdos sobre envelhecimento	150	2.99	0.38			
Com conteúdos sobre envelhecimento	50	2.88	0.45			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				198	0.449	0.654
Sem conteúdos sobre envelhecimento	150	1.99	0.54			
Com conteúdos sobre envelhecimento	50	1.95	0.57			
Défice, dependência e personalidade difícil				198	1.970	0.050
Sem conteúdos sobre envelhecimento	150	2.47	0.53			
Com conteúdos sobre envelhecimento	50	2.29	0.57			
Inactividade, dores, viver do passado e infantilização				198	2.235	0.027
Sem conteúdos sobre envelhecimento	150	3.52	0.55			
Com conteúdos sobre envelhecimento	50	3.31	0.68			
Maturidade, Actividade e Afectividade				198	0.199	0.843
Sem conteúdos sobre envelhecimento	150	3.97	0.52			
Com conteúdos sobre envelhecimento	50	3.95	0.60			

Para a Escala ImAges Pontuação Total e a variável Estágio com pessoas idosas ou não, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t = - 1,736 = 198$; $p = 0,084$). Os alunos que não fizeram algum tipo de estágio, tem uma média superior ($M = 2,98$; $DP = 0,39$) em relação aos que fizeram algum tipo de estágio ($M = 2,83$; $DP = 0,49$). Quanto à comparação das médias ao nível das imagens de envelhecimento entre estudantes que realizam e não realizaram algum tipo de estágio durante o curso, relativamente ao Factor 1, Tristeza, Doença, pobreza e inutilidade, não foram

encontradas diferenças estatisticamente significativa ($t = -0,063$; $p = 0,950$). No entanto, no factor 1, os alunos que tiveram ($M = 1,98$; $DP = 0,66$) e os que não ($M = 1,98$; $DP = 0,53$) tiveram estágio com pessoas idosas durante o curso apresentam a mesma média.

Em relação ao Factor 2, Défice, dependência e personalidade difícil e a mesma variável, os alunos que responderam não, tem mais imagens e estereótipos dos idosos como dependentes ($M = 2,46$; $DP = 0,54$) do que aqueles que tiveram algum estágio com idosos ($M = 2,17$; $DP = 0,56$). Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,375$; $p = 0,019$).

Para o Factor 3, Inatividade, dores, viver do passado e infantilização, com a mesma variável verifica-se pelos resultados que também existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados ($t = -2,539$; $p = 0,012$). A média dos que disseram não ($M = 3,51$; $DP = 0,58$) é maior apresentando mais imagens e estereótipos do idoso com inactivo e infantil do que aqueles que afirmaram sim ($M = 3,18$; $DP = 0,58$).

Em relação ao Factor 4, Maturidade Actividade e Afectividade e a mesma variável, tanto os alunos que responderam não ($M = 3,97$; $DP = 0,43$), como os que responderam sim ($M = 3,97$; $DP = 0,63$) apresentam a mesma media. Verifica-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,040$; $p = 0,968$). Os resultados podem ser observados na tabela 14.

Tabela 14. Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre estudantes que realizaram e que não realizaram estágio com pessoas idosas (N=200).

	N	Média	Desvio Padrão	Df	t	P
Escala Images Pontuação Total				198	-1.736	0.084
Estágio com pessoas idosas	23	2.83	0.49			
Sem estágio com pessoas idosas	177	2.98	0.39			
Tristeza, doença, pobreza e inutilidade				198	-0.063	0.950
Estágio com pessoas idosas	23	1.98	0.66			
Sem estágio com pessoas idosas	177	1.98	0.53			
Défice dependência e personalidade difícil				198	-2.375	0.019
Estágio com pessoas idosas	23	2.17	0.56			
Sem estágio com pessoas idosas	177	2.46	0.54			
Inatividade dores, viver do passado e infantilização				198	-2.539	0.012
Estágio com pessoas idosas	23	3.18	0.58			
Sem estágio com pessoas idosas	177	3.51	0.58			
Maturidade Actividade e Afectividade				198	0.040	0.968
Estágio com pessoas idosas	23	3.97	0.63			
Sem estágio com pessoas idosas	177	3.97	0.43			

Analisando a variável, com voluntariado com pessoas idosas e a Escala Images Pontuação Total, veja-se que de forma geral não há diferenças estatisticamente significativas ($t = -0,322 = 198; p = 0,748$). A media dos que não fizeram voluntariado com pessoas idosas e um pouco maior ($M = 2,97; DP = 0,41$) do que aqueles que fizeram ($M = 2,94; DP = 0,39$)

Relativamente à análise das diferenças entre as médias no Factor 1, Tristeza, Doença, pobreza e inutilidade, entre estudantes que participaram e não participaram em

actividades de voluntariado com pessoas idosas verifica-se que as médias entre os alunos que não tiveram actividades de voluntariado com pessoas idosas ($M= 2,00$; $DP= 0,55$) é maior do que os que tiveram ($M= 1,90$; $DP= 0,50$). Não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t = - 0,973$; $DF= 198$; $p = 0,332$).

Quanto ao Factor 2, Défice, dependência e personalidade difícil e a mesma variável, verifica-se também situação similar com o do factor acima referido. Os alunos que não participaram em actividades de voluntariado com idosos tem uma média de 2,43 ($DP= 0,55$) e os que sim uma média de 2,39 ($DP= 0,54$). Constata-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t = -0,419$; $DF= 198$; $p = 0,675$).

O Factor 3, Inactividade, dores, viver do passado e infantilização com a mesma variável, observa-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t = 1,131$; $DF= 198$; $p = 0,260$), entre os alunos que participaram em actividades de voluntariado com idosos ($M= 14,30$; $DP= 3,63$) e os que não participaram ($M=14,75$; $DP= 3,07$).

Finalmente, Maturidade, Actividade e Afectividade com a mesma variável, observa-se que não existe diferenças estatisticamente significativas ($t = 10,785$; $DF= 198$; $p = 0,33$), entre os alunos que não participaram em actividades de voluntariado com idosos ($M= 3,98$; $DP= 0,55$) e os que participaram ($M=3,89$; $DP= 0,53$). Os resultados podem ser verificados na tabela 15.

Tabela 15. Resultados para a comparação das imagens da velhice e do envelhecimento entre os estudantes que participaram e que não participaram em actividades de voluntariado com pessoas idosas (N=200).

Factor	N	Média	Desvio	Df	t	p
			Padrão			
Escala Images Pontuação Total				198	-0.322	0.748
Com voluntariado com pessoas idosas	30	2.94	0.39			
Sem voluntariado com pessoas idosas	170	2.97	0.41			
Tristeza, Doença, pobreza e inutilidade				198	-0.973	0.332
Com voluntariado com pessoas idosas	30	1.90	0.50			
Sem voluntariado com pessoas idosas	170	2.00	0.55			
Défice, dependência e personalidade difícil				198	-0.419	0.675
Com voluntariado com pessoas idosas	30	2.39	0.54			
Sem voluntariado com pessoas idosas	170	2.43	0.55			
Inactividade, dores, viver do passado e infantilização				198	1.131	0.260
Com voluntariado com pessoas idosas	30	3.58	0.56			
Sem voluntariado com pessoas idosas	170	3.45	0.60			
Maturidade, Actividade e Afectividade				198	-0.785	0.433
Com voluntariado com pessoas idosas	30	3.89	0.53			
Sem voluntariado com pessoas idosas	170	3.98	0.55			

Discussão dos Resultados e Conclusões

Este estudo evidencia uma nova organização em relação aos factores da escala ImAges: “Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade”, “Défice, Dependência e personalidade Difícil”, “Inactividade, Dores, Viver do Passado e Infantilização”, “Maturidade, Actividade e Afectividade”. Esta nova estrutura sugere a complexidade e variabilidade cultural em relação à organização das imagens sociais e velhice e envelhecimento. Neste sentido, os resultados sugerem a necessidade de um estudo mais aprofundado das imagens da velhice e envelhecimento em Cabo Verde e, eventualmente, a construção de raiz de uma escala específica para a população Cabo-verdiana.

Os resultados obtidos parecem corroborar o referido noutros estudos que indicam que os jovens e adultos tendem a apresentar imagens de envelhecimento predominantemente negativas (Jackson e Sullinvan, 1988 cit in Sousa & Cerqueira, 2005). Estes resultados apoiam ainda a visão de MacTavish (1971 cit in Nunes, 2009), que, tendo em conta diversas pesquisas, revela que entre um quinto a um terço dos jovens e adultos descrevem os idosos e o envelhecimento de forma negativa. Também ao nível dos resultados obtidos para as imagens e estereótipos sobre o idoso e o envelhecimento, verifica-se que tendem a ser maioritariamente relacionados com a dependência, fragilidade e tristeza o que vai ao encontro do estudo realizado pelos autores Cathalifaud, Thumala, Urquiza e Ojeda, 2007, in Vicente, 2012). Ao contrário dos resultados presentes neste estudo, os estudos de Magalhães (2010), Rodriguez e Postigo (2004) e Royo *et al.* (2006) referem não existir um predomínio de estereótipos negativos, mas sim uma tendência por parte dos jovens, para uma imagem mais positiva acerca dos idosos e da velhice.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, e no que diz respeito à variável Género, os resultados indicam a não existência de diferenças estatisticamente significativas, entre estudantes do género masculino e feminino no que concerne a Imagens e estereótipos do idoso e do envelhecimento. Estes dados não corroboraram assim determinados estudos indicando que as mulheres evidenciam mais imagens positivas, principalmente quando se encontram em fase de transição para a velhice (Woolf, 1998, in Vicente, 2012).

Em relação ao curso, apesar dos resultados da escala total não evidenciarem diferenças estatisticamente significativas, são encontradas diferenças relativamente ao factor, Inactividade, Dores, Viver do Passado e Infantilização. Analisando as médias, constata-se que, na generalidade que o curso de Contabilidade e Administração é o que apresenta mais imagens e estereótipos do envelhecimento negativos, seguido por Direito, Serviço social, Informática de Gestão, Engenharia de Sistemas e Informática, Ciências de Educação, Ciências Políticas e relações Internacionais, Enfermagem Turismo e finalmente, o curso de psicologia com menos imagens e estereótipos. Estas diferenças podem estar relacionadas com o perfil dos estudantes das diferentes áreas, com o plano de estudos / disciplinas e com as experiências dos estudantes. Estes dados não comprovam o estudo de Todaro (2009 cit in Sena, 2011) que refere que a Escola como instituição social deve inserir nos seus conteúdos a temática do envelhecimento, assim como nas Universidades de maneira a diminuir o preconceito e fomentar a inclusão social dos idosos (cit in Vicente, 2012).

Relativamente à comparação das imagens e estereótipos do envelhecimento dos alunos de diferentes anos, observa-se que de uma forma geral, que os alunos do 4 e 5º ano que apresentam uma imagem mais negativa do envelhecimento. São os alunos do 1º ano que manifestam imagens mais positivas da velhice e do envelhecimento. Especificamente, no que refere à dimensão Tristeza, Doença, Pobreza e Inutilidade, são também os estudantes do 2º ano que apresentam mais imagens associados envelhecimento. Complementarmente, quando se observam as imagens referentes à défice, dependência e personalidade difícil são também os alunos do 2º ano, acontecendo o mesmo para o factor 3 inactividade, dores, viver do passado e infantilização e 4 maturidade, actividade e afectividade. Estas diferenças na generalidade não são estatisticamente significativas, no entanto, no factor 2, as diferenças são estatisticamente significativas, sendo os alunos 2º ano com mais imagens e estereótipos negativos e os do 1º com imagens mais positivos do idoso. Estes resultados não corroboram alguns autores (e. g. Dussen & Weaver, 2009) que referem essencialmente o facto dos alunos do 1º ano apresentarem imagens menos positivas do envelhecimento. Dussen e Weaver (2009) indicam que os alunos mais novos tendem a ter uma visão menos favorável do envelhecimento, comparativamente com os restantes anos escolares. Este resultado foi também obtido por Paris, Gold, Taylor, Fields, Mulvihill, Capello e DeBeer (1997) e por Hughes, et al. (2008) ao comparar alunos do 1º e 4º ano. Um estudo que vai de encontro aos resultados obtidos pertence à investigação de Robinson e Rosher (2001. Cit in Vicente, 2012), onde as piores imagens eram pertencentes ao 3º ano e não ao 1º.

Também em relação à maturidade, actividade e afectividade não se constata resultados estatisticamente significativos. No entanto, observa-se a mesma tendência ao exposto anteriormente, ou seja, são os alunos do 2º a possuírem mais imagens e estereótipos da pessoa idosa como imatura associados ao do 4º e 5º ano. Este resultado não reflecte os estudos, de Dussen e Weaver (2009), Hughes, et al. (2008) e Snyder e Zweig (2010) que observaram nas suas investigações o facto de os alunos dos anos mais velhos tenderem a ter uma visão mais favorável do processo de envelhecimento do que os seus contrapartes.

Relativamente à análise das médias dos estudantes de diferentes cursos, são encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao factor Inactividade, dores, viver no passado e infantilização, sendo os estudantes de Psicologia e Enfermagem os que

apresentam valores mais baixos e os alunos de Direito, Engenharia de sistemas e informática e Ciências da Educação os que apresentam médias mais elevadas

Apesar de os resultados não indicarem na sua totalidade diferenças estatisticamente significativas, no concerne a variável estagio com pessoas idosas, verificou-se que em relação a ao factor 2, Défice, dependência e personalidade difícil também o Factor 3, Inactividade, dores, viver do passado e infantilização, existe diferenças estatisticamente significativas. Relacionando os resultados encontrados com actividades fora do âmbito escolares, alguns autores (Alford, Miles, Palmer & Espino, 2001; Voogt, Mickus, Santiago & Herman, 2008) defendem serem importantes para a velhice ser encarada de outra forma dentro dos hospitais, constata-se que, a grande maioria dos estudantes universitários não as realiza (Hatton-Yeo, 2010), tal como é também constatado neste estudo. De acordo com Marquês (2009), só é possível tomar verdadeira consciência das transformações que decorrem no processo de envelhecimento, se existir um confronto das ideias presentes com o envelhecimento em si. Perante isto, é fundamental fomentarem-se as relações quer familiares quer extra familiares visto as práticas intergeracionais colocarem não apenas a velhice numa perspectiva de resolução dos problemas existentes, mas sim de criação de situações novas, potenciadoras de diferentes aprendizagens quer para os jovens, quer para os idosos (Mârqes, 2009)

Rothbart e John (1985 *cit. in* Gonzales, Morrow-Howell & Gilbert, 2010) seguindo o referido, referem que a socialização entre grupos é a intervenção por excelência para se dissiparem imagens negativas e estereotipadas. No entanto, deve ser valorizado a qualidade dessa relação visto poderem aumentar-se ou afirmar-se preconceitos se os membros do grupo estereotipado são bons representantes dos estereótipos. Alguns autores defendem também, como foi sendo observado, que os estudantes que se relacionam com idosos mais velhos apresentam uma maior receptividade em cuidar deste grupo populacional (Hughes, et al., 2008), observando-se que uma melhoria das imagens poderá contribuir, de igual modo, para o aumentar desta receptividade (Breystpraak, Arnold & Hogan, 2008, *cit in* Pinto, 2012).

Quanto à comparação das imagens da velhice e do envelhecimento de estudantes que tiveram e que não tiveram conteúdos formativos sobre envelhecimento na sua formação, os resultados indicam que os que tiveram conteúdos sobre o envelhecimento apresentam menos imagens e estereótipos negativos dos idosos relativamente ao factor Inactividade, dores, viver do passado e infantilização. Este resultado poderá estar relacionado com o importante contributo da formação científica para a desconstrução de imagens negativas sobre a velhice. Assim, estes resultados alertam para o referido por Todaro (2009 cit in Sena, 2011) que considera a Escola como instituição social deve inserir nos seus conteúdos a temática do envelhecimento, assim como nas Universidades de maneira a diminuir o preconceito e fomentar a inclusão social dos idosos. Maltempo (2006), na mesma linha, reflecte sobre este assunto, considerando que a juventude que é o melhor momento para se pensar na questão do envelhecimento, mudando deste modo certas crenças enraizadas. No mesmo sentido, também Dorfman, Murty, Ingram, Evans e Power (2004 cit in Palmeirão & Menezes, 2009) e Gázquez, Pérez-Fuentes, Fernández, González, Ruiz e Díaz (2009), referem, que a educação e formação acerca do envelhecimento e educação intergeracional contribuem para a mudança de atitudes, crenças e estereótipos, em qualquer que seja o nível escolar. Neste sentido, estes resultados sugerem que o contexto universitário pode ser um importante ambiente onde se clarifiquem certas noções e que se implemente conteúdos ou mesmo unidades curriculares acerca do envelhecimento.

Em relação à análise da variável relacionada com o contacto intergeracional, tentou-se analisar se o contacto intergeracional poderia ser uma mais-valia à atenuação de imagens e estereótipos adoptados pelos jovens (e.g. Trent, Glass & Crockett, 1979, cit in Nunes, 2009; Greenblatt, 1982 cit. in Nunes, 2009; Newman, Lyons & Onawola, 1985 cit. in Nunes, 2009; Quintero & Ason, 1983, cit. in Nunes, 2009). Considerou-se no âmbito deste estudo, que o facto de o estudante residir com pessoas mais velhas, teria mais contacto intergeracional com pessoas mais velhas. Os resultados deste estudo, não revelaram, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que residem e que não residem com pessoas idosas. Assim, os resultados deste estudo não apoiam, por exemplo, os resultados de Abrams, Crisp, Marques, Fagg, Bedford e Provias (2008) que constata que o contacto directo entre gerações muda as atitudes para com os idosos e o envelhecimento e reduz a ameaça de Imagens do idoso e do envelhecimento com estudantes universitários, promovendo desta forma uma maior responsabilidade, solidariedade e enriquecimento entre as gerações. Ainda assim, existem outros estudos (e.g. Pascualet al, 1997, cit in Vicente, 2012) que constataram que os jovens estudantes que conviviam mais com idosos possuíam uma pior imagem acerca da velhice, pois temiam-na mais. Esta será possivelmente uma variável/ dimensão a explorar noutros estudos mais aprofundados a desenvolver em Cabo Verde, em que se possa analisar de forma mais consistência se a estratégia baseada no contacto intergeracional poderá ser uma via para a desconstrução de estereótipos sobre a velhice.

Em suma, este estudo, permitiu averiguar algumas importantes diferenças ao nível das imagens da velhice e do envelhecimento em estudantes universitários de Cabo Verde. O facto de se constatarem diferenças entre os estudantes com e sem conteúdos sobre o envelhecimento e entre os estudantes com e sem estágio com pessoas idosas, alerta para o facto dos estabelecimentos de ensino superior, terem um papel preponderante na mudança de conceitos e percepções sociais no que refere a essa temática.

Sendo um estudo pioneiro, uma das potencialidades a ser evidenciado é o facto de poder vir a contribuir para que os estudantes universitários venham a compreender melhor o processo do envelhecimento e assim esclarecer possíveis preconceitos e estereótipos e melhorar a qualidade de interacção com esta fase de desenvolvimento e ser o ponto de partida para uma investigação mais aprofundada posteriormente. Acredita-se que seria interessante analisar a evolução das imagens e estereótipos do idoso e envelhecimento, ao longo dos anos, tratando-se deste modo da realização de um estudo longitudinal.

Em relação às limitações deste estudo, podemos mencionar a escala/instrumento utilizado no âmbito deste estudo não ser um instrumento construído de base para a população de Cabo Verde. Neste sentido, este estudo alerta, também, para a necessidade de serem construídos instrumentos de avaliação específicos para a população de Cabo Verde. Outra limitação a referir é o facto de, neste estudo, não se terem utilizado técnicas de amostragem/estratificação da amostra. Foi uma amostra de conveniência que não representa os estudantes universitários de São Vicente e por isso não se pode retirar deste estudo, as imagens e estereótipos em relação ao envelhecimento.

Pode-se sugerir futuramente, a realização de outros estudos com uma amostra mais ampla/representativa da população de Cabo Verde. Seria ainda importante analisar e avaliar de forma mais robusta a dimensão do contacto e experiências intergeracionais, para se perceber a sua relação com as imagens da velhice.

Como conclusão, podemos destacar o carácter inovador do estudo desta temática em Cabo Verde. Não foram, efectivamente, encontrados, no âmbito da pesquisa bibliográfica, estudos sobre esta temática em Cabo Verde. O envelhecimento é, actualmente, um tema dominante em muitos países, nomeadamente em países da Europa, no entanto, em Cabo Verde, começa-se a assistir a um interesse pelas questões da velhice. O estudo das imagens da velhice parece ser um tema de base essencial para o estudo e o planeamento político educativo e formativas para as questões do envelhecimento. Neste sentido, este estudo pretende ser um contributo para que, em Cabo Verde, se comece a trabalhar no sentido de se promover o envelhecimento activo e uma sociedade para todas as idades.

Referências Bibliográficas

Almeida, L. B. (2006). *A Idade não Perdoa? O Idoso à Luz da Neurologia Gerontológica*. Lisboa: Gradiva

Ávila, A.H., Guerra, M. & Meneses, M.P.R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8) 2007, 7-18

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares do Idosos Dependente: Cadernos Climepsi de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A.M. (2005), *Desenvolvimento Humano e envelhecimento. Manuais universitários 35*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Instituto Nacional de Estatística Cabo verde [INE], 2000. Censo 2000.

Instituto Nacional de Estatística Cabo Verde [INE], 2010. Censo 2010, Relatório de apresentação dos dados Preliminares do Censo 2010.

Kline, R. B. (1998). *Principles and Practices of Structural Equational Modelling*. The Guilford Press. New York

Lopes, M. (2010). *Imagens e Estereótipos de Idoso e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Beira Interior, Portugal

Maltempi, M.A.C.S. Envelhecimento Populacional. Retirado em 25 de Agosto de 2012 de: www.unitoledo.br/anexos/... 106- envelhecimento % 20 populacional. P. ficheiro pdf

Martins, R.M.L., & Rodrigues, M.L.M. (2004). *Estereótipos Sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica, Ciência da Educação e Tecnológica*. Viseu. Retirado em 25 de Agosto de 2012 de www.ipv./millenium/Millenium 29/32.pdf

Martins, R.M. & Hagen, S.I. (2008). *Ame as suas Rugas: Aproveite o momento*. Lisboa: Coisas de Ler Edições

Montorio, I., Trocóniz, M.I.F., Colodrón, M. S., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *RevMulltGerontol*, 12 (2): 61 - 71.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (4ª Edição Revista) Porto: LEGIS EDITORA Edição Livpsic.

Pinto, S.C.C. (2012). Estudo sobre as imagens do envelhecimento em estudantes de medicina. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Beira Interior, Portugal.

Reis, A.A.L. (2011). Avaliação da Sintomatologia Depressiva em Idosos de São Vicente. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de Beira Interior, Portugal

Ribeiro, A. & Sousa, L. (2008). Imagens da Velhice e do Envelhecimento em Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Serviço Social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia: Universidade Sénior Contemporânea*, Ano II, Vol. I Janeiro/Junho, 2008, 22-23

Schneider, R.H. & Irigaray, T.Q. (2008). O envelhecimento na actualidade: aspectos cronológicos, biológicos e sociais. *Estudos de psicologia*, 25 (4), 1 – 8. Retirado em 5 de Outubro de 2012 de: www.scielo.br/scielo.php?

Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Panhale, B., Marmolejo, I., Lowenstein, A., Manthorpe, G.&Kärki, F. (2011). World Health Organization: European Report on Preventing Elder Maltreatment

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, L. & Cerqueira, M. (2006). Influência do género nas imagens da velhice: um estudo exploratório da população portuguesa. *Revista Kairós*, 9 (2), 6-86

Spar, J. E., La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica* (1ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.


Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Artes Médicas Sul. Porto Alegre.

Vicente, F.P. (2012). *Imagens do idoso e do envelhecimento em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Beira Interior, Portugal

Anexos

Anexo 1: Autorizações

1.1. Autorização Universidade Lusófona



Exmo. Sr. Reitor
da Universidade Lusófona
São Vicente.

Assunto: Pedido de autorização
Data: 14/06/2012

Exmo. Sr. Reitor

Eu, Sheila Soraya Nascimento Gomes, residente na zona de Campim, ilha de São Vicente estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia na Universidade da Beira Interior através do Universidade do Mindolo, São Vicente, Cabo Verde, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorizar-me a trabalhar com os jovens que frequentam a Instituição que o Senhor dirige, num estudo sobre "Imagens e Estereótipos dos jovens estudantes universitários perante o envelhecimento em S. Vicente – Cabo Verde" aplicando os **Instrumentos** - Escala de "ImAges" (Sousa, Cerqueira e Galante, 2002), e a Escala "The Resilience Scale" (RS) (Felgueiras, Festas & Vieira, 2010) e um Questionário Sócio-demográfico


Assim, solicito a Vossa Excelência autorização para a realização do trabalho acima referido.

Ciente da atenção que o Senhor dispensará ao assunto, queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

Sheila Soraya Nascimento Gomes

Sheila Soraya Nascimento Gomes

1.2. Autorização Universidade Piaget



Exma. Sra.
Directora Administrativa
da Universidade Piaget
São Vicente

Assunto: Pedido de autorização
Data: 14/06/2012

Exma. Sra.

Eu, Sheila Soraya Nascimento Gomes, residente na zona de Campim, Ilha de São Vicente, estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia na Universidade da Beira Interior, através da Universidade do Mindelo, São Vicente, Cabo Verde, venho por este meio solicitar-lhe, se digno autorizar-me a trabalhar com os jovens que frequentam a Vossa Instituição que a Senhora dirige, num estudo sobre "Imagens e Estereótipos dos jovens estudantes universitários perante o envelhecimento em S. Vicente – Cabo Verde", aplicando os **Instrumentos** – Escala de "Imagens" (Sousa, Cerqueira e Galante, 2002) e a Escala "The Resilience Scale" (RS) (Felgueiras, Festas & Vieira, 2010) e um questionário Sócio-demográfico.

Assim, solicito a Vossa Excelência autorização para a realização do trabalho acima referido.

Ciente da atenção que a Senhora dispensará ao assunto, queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

Sheila Soraya Nascimento Gomes

1.3. ISCEE

Exmo. Sr. Reitor
do ISCEE
São Vicente

Assunto: Pedido de autorização

Data: 14/06/2012

Eu Sheila Soraya Nascimento Gomes, residente na zona de Campim, ilha de São Vicente, estudante do 2º. Ano do Mestrado em Psicologia na Universidade de Beira Interior, através da Universidade do Mindelo, São Vicente, Cabo Verde, venho por este meio solicitar o Senhor, se digne autorizar-me a trabalhar com os jovens que frequentam a Instituição que o Senhor dirige, num estudo sobre "Imagens e estereótipos dos jovens estudantes universitários perante o envelhecimento em S. Vicente - Cabo Verde", aplicando **os Instrumentos** Escala de "ImAges" (Sousa, Corçoira e Galante, 2002) e a Escala The Resilience Scale (RS) (Felgueiras, Festas & Vieira, 2010) e um Questionário Sócio-demográfico.

Assim, solicito a vossa Excelência autorização para a realização do trabalho acima referido.

Ciente da atenção que o Senhor dispensará ao assunto, queira aceitar os meus melhores cumprimentos

Sheila Soraya Nascimento Gomes

Sheila Soraya Nascimento Gomes

Pedido de fecho
11/06/2014

Loell
15/06/2014

1.4. Universidade do Mindelo

Exmo. Sr. Reitor
da Uni Mindelo
São Vicente

Assunto: Pedido de autorização

Data: 14/06/2014

Eu Sheila Soraya Nascimento Gomes, residente na zona de Carquin, ilha de São Vicente, estudante do 2º. Ano do Mestrado em Psicologia na Universidade de Beira Interior, através da Universidade do Mindelo, São Vicente, Cabo Verde, venho por este meio solicitar ao Senhor, se digne autorizar-me a trabalhar com os jovens que frequenta a Instituição que o Senhor dirige, num estudo sobre "Imagens e estereótipos dos jovens estudantes universitários perante o envelhecimento em S. Vicente – Cabo Verde", aplicando os Instrumentos – Escala de "ImAges" (Sousa, Clerqueira e Galante, 2002) e a Escala The Resilience Scale (RS) Felgueiras, Hestas & Vieira, 2010) e um Questionário Sócio-demográfico.

Assim, solicito a vossa Excelência autorização para a realização do trabalho acima referido.

Ciente da atenção que o Senhor dispensará ao assunto, queira aceitar os meus melhores cumprimentos

Sheila Soraya Nascimento Gomes

Sheila Soraya Nascimento Gomes



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de Identificação

Título do Projecto – Imagens e Estereótipos dos jovens universitários perante o envelhecimento em S. Vicente

Pesquisador/Responsável – Sheila Soraya Nascimento Gomes

Telefone - 2326537/9952177/2312506 (trab.)

Email – sheilagomes2003@hotmail.com

Orientadora - Professora Dr.^a. Rosa Marina Afonso

Telefone - + 351275319600/Fax- +351275319610

E mail - www.ubi.pt

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável – Universidade da Beira Interior/Universidade do Mindelo

Caro Participante

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntario na pesquisa intitulada **Imagens e Estereótipos dos jovens universitários perante o envelhecimento em S. Vicente** que refere-se a um projecto de trabalho de conclusão do Mestrado o qual pertence ao curso de Psicologia, da Universidade da Beira Interior Portugal através da Universidade do Mindelo.

O objectivo deste estudo é conhecer *As imagens e os estereótipos que os jovens universitários possuem da velhice em S. Vicente – Cabo Verde*. É necessário Avaliar par Conhecer e Conhecer para Intervir.

As informações serão recolhidas através de um questionário e duas escalas sobre os idosos e imagens dos jovens.

Sua forma de participação consiste em responder a um questionário/escala com 68 perguntas com dados pessoais e sobre a forma como sente actualmente. Para cada uma das perguntas existem respostas possíveis. Escolha a resposta que considere que está mais de acordo com aquilo que sente, a fim de a mesma ser anotada.

Não há respostas certas nem erradas, apenas a resposta que mostra a sua opinião sincera. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Todas as respostas que vierem a dar serão tratadas de forma confidencial, não pondo em causa a sua identidade. Assim, o seu nome não deverá aparecer em nenhuma das páginas deste questionário/escala.

Não será cobrado nada, não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indemnizações, não haverá benefícios imediatos na sua participação.

Os resultados contribuirão para compreender e conhecer as imagens e estereótipos dos jovens em relação ao processo de envelhecimento e do idosos e permitirão procurar e propor soluções melhorar a convivência e o atendimento dos idosos. Os resultados também poderão servir para propor programas de Psicoeducação as instituições que trabalham com jovens de forma a melhorar a imagem que estes têm do envelhecimento; Dinamizar grupos de apoios sociais principalmente para aqueles idosos que se encontram institucionalizados; Encorajar o suporte social etc.

Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntaria e que poderá recusar a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim, preferir.

Deste já agradeço sua atenção e participação e coloco à disposição para maiores informações. Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá contar comigo como o responsável para os esclarecer.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Eu confirmo que o pesquisador explicou-me os objectivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li/ouvi e compreendi este termo de consentimento, portanto eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntario nesta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

—

Assinatura do Participante da Pesquisa

—

Anexo 3: Instrumentos

3.1: Questionário Sócio - Demográfico



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Psicologia

Este questionário faz parte de uma investigação que tem como objectivo analisar as imagens e os estereótipos dos jovens sobre o envelhecimento em São Vicente. 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. Muito obrigada pela sua colaboração!

Dados Sócio-Demográficos

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor se adequa à sua situação e escreva a sua resposta nos espaços em branco existentes para o efeito.

1. Idade: _____ anos

2. Curso que frequenta: _____ Ano: _____

3. Género:

1. Mulher _____

1. Homem _____

4. Estado Civil:

1. Solteiro _____

4. Casado _____

2. Viúvo _____

5. Divorciado (a)/Separado (a) _____

3. União de Facto _____

6. Não Sabe/Não Responde _____

5. Local de proveniência:

1. Meio Rural _____

2. Meio Urbano _____

6- Reside com pessoas idosas? (entendido cronologicamente como pessoas com idade igual ou superior a **65 anos**)

1.Sim _____ **Se sim, qual o número de idosos?** _____

2.Não _____

7. Com que frequência se relaciona com pessoas idosas da sua família?

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

8. Com que frequência se relaciona com pessoas idosas que não são da sua família?

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

9. Teve conteúdos sobre o envelhecimento no âmbito da sua formação no ensino superior?

1. Não _____

2. Sim _____

2.1 **Se sim, foi através de:** - Unidades Curriculares / Disciplinas

Quais? _____

2.2 Duração dos conteúdos:

Inferior a 4Horas _____

Entre 4 e 8 horas _____

Entre 9 e 12Horas _____

Mais de 12 horas _____

Inferior a 4 Horas _____ Entre 4 e 8 horas _____

Entre 9 e 12Horas _____ Mais de 12 horas _____

10. Fez/Está a fazer algum tipo de estágio com pessoas idosas durante o curso?

1. Sim. _____ **Se sim, qual a duração?** _____

2. Não _____

11. Participa ou participou em actividades de voluntariado com pessoas idosas?

1. Sim. _____ **Se sim, qual a duração?** _____

2. Não _____

3.2. Escala ImAges

Escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002)

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

	1	2	3	4	5
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspeto físico				
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)				
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada				
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)				
5	Uma pessoa velha tem menos capacidades e habilidades				
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)				
7	Uma pessoa velha sente muitos dores físicas				
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre				
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente				
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros				
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, amor, ...)				
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)				
13	A velhice é a terceira infância				
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda				
15	Uma pessoa velha é egoísta				
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade				
17	As pessoas velhas são tacaños				
18	Uma pessoa velha não acredita nas 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 (bem ou mal) ao mundo				
24	Uma pessoa velha sente-se bem				
25	Uma pessoa velha é inútil, preguiçosa e preguiçosa				
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver				
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (muita maturidade para desfrutar, alegria e felicidade)				
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa				
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal				
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros				
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, tímida				
32	Uma pessoa velha é ativa e esforça-se por assim continuar				